



Уральский
федеральный
университет

имени первого Президента
России Б.Н.Ельцина

Институт физической
культуры, спорта и
молодежной политики

ОРГАНИЗАЦИЯ ФИЗКУЛЬТУРНО-МАССОВОЙ РАБОТЫ С ЛЮДЬМИ, ИМЕЮЩИМИ ПОРАЖЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Учебно-методическое пособие



МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
УРАЛЬСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПЕРВОГО ПРЕЗИДЕНТА РОССИИ Б. Н. ЕЛЬЦИНА

ОРГАНИЗАЦИЯ ФИЗКУЛЬТУРНО-МАССОВОЙ РАБОТЫ С ЛЮДЬМИ, ИМЕЮЩИМИ ПОРАЖЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Учебно-методическое пособие

Рекомендовано методическим советом УрФУ
для студентов, обучающихся по программам бакалавриата
и магистратуры по направлению подготовки
49.03.01, 49.04.01 «Физическая культура»

Екатеринбург
Издательство Уральского университета
2017

ББК Ч510.91я7
О641

Авторы:
В. С. Штоколок, Н. А. Дубровина,
Л. Н. Рогалева, Е. М. Гилязетдинова

Под общей редакцией
В. С. Штоколка

Рецензенты:
кафедра теории физической культуры
Российского государственного профессионально-педагогического
университета (заведующий кафедрой кандидат педагогических наук,
доцент Т. В. Андрияшина);

Н. Н. Трифонова, кандидат педагогических наук,
директор МБУДО Оздоровительно-образовательный центр

Научный редактор
кандидат педагогических наук Н. Б. Серова

О641 Организация физкультурно-массовой работы с людьми, имею-
щими поражения опорно-двигательного аппарата : учеб.-метод.
пособие / В. С. Штоколок, Н. А. Дубровина, Л. Н. Рогалева,
Е. М. Гилязетдинова ; [под общ. ред. В. С. Штоколка ; науч. ред.
Н. Б. Серова] ; М-во образования и науки Рос. Федерации, Урал.
федер. ун-т. — Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2017. — 120 с.

ISBN 978-5-7996-2061-5

Учебно-методическое пособие содержит материал по организации и проведению восстановительных мероприятий с людьми, имеющими поражения опорно-двигательного аппарата. Предложена авторская технология реабилитации при детском церебральном параличе. Описаны методики самореабилитации больных с травмами позвоночника и спинного мозга с использованием мультимедийных программ. Представлена программа психологического тренинга по включению людей, имеющих инвалидность, в занятия адаптивным спортом.

Для будущих специалистов в области адаптивной физической культуры и физической реабилитации.

ББК Ч510.91я7

На обложке:
*фестиваль силовых видов спорта «Предел прочности» в Верхней Синячихе.
Фото М. Самковой, Н. Паршаковой*

ISBN 978-5-7996-2061-5

© Уральский федеральный университет, 2017

Оглавление

Предисловие	5
-------------------	---

Глава 1. АБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ДЦП В СИСТЕМЕ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

§ 1. Этиология и патогенез ДЦП	7
§ 2. Классификации детского церебрального паралича	12
§ 3. Психофизиологическая характеристика форм ДЦП	16
§ 4. Методы абилитации детей с ДЦП	21
§ 5. Особенности семей, воспитывающих детей с ДЦП	25
§ 6. Программа по формированию навыков самообслуживания у детей дошкольного возраста с ДЦП средствами физической культуры	31
Контрольные вопросы и задания	45
Библиографические ссылки	45

Глава 2. МЕТОДИКА ОБУЧЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ САМОРЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПРИ ТРАВМАХ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА

§ 1. Особенности травмы позвоночника в грудном и поясничном отделах с повреждением спинного мозга	49
§ 2. Понятие, принципы методики обучения двигательной самореабилитации больных после выписки из стационара	53
§ 3. Программа двигательной самореабилитации больных с травмами позвоночника и спинного мозга после выписки из стационара	56
3.1. Методика лечебной гимнастики при вялом периферическом параличе нижних конечностей	61
3.2. Алгоритм применения мультимедийных программ в двигательной самореабилитации больных с травмами позвоночника	69

§ 4. Двигательная самореабилитация больных пожилого возраста с травмами позвоночника и спинного мозга после выписки из стационара.....	70
§ 5. Интеграция в социальную среду лиц с ограниченными возможностями здоровья через подготовку и участие в спортивных мероприятиях	75
5.1. Пути развития адаптивной физической культуры и адаптивного спорта на территории муниципальных образований	75
5.2. Интеграция в социальную среду лиц с ограниченными возможностями здоровья с поражением опорно-двигательного аппарата через подготовку и участие в силовом марафоне.....	77
Контрольные вопросы и задания	82
Библиографические ссылки	82

Глава 3. **ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ АДАПТИВНОГО СПОРТА**

§ 1. Специфика адаптивного спорта и перспективы его развития в России	85
§ 2. Роль адаптивного спорта в развитии личности.....	92
§ 3. Психолого-педагогические проблемы включения людей с ограниченными возможностями здоровья в занятия адаптивным спортом.....	95
§ 4. Современные подходы к решению проблемы включения людей с ограниченными возможностями здоровья в занятия адаптивным спортом	100
§ 5. Программа психологического тренинга по включению людей с ограниченными возможностями здоровья в занятия адаптивным спортом	103
5.1. Цели и задачи тренинга.....	103
5.2. Этапы психологического тренинга	104
Контрольные вопросы и задания	114
Библиографические ссылки	115
Приложение	117

ПРЕДИСЛОВИЕ

Восстановление человека после полученных травм и заболеваний — трудная задача для специалистов адаптивной и лечебной физической культуры, работающих в сфере физической реабилитации. Требуется разработка новых подходов по социализации больного вследствие длительного отсутствия полноценного контакта с окружающим миром. В последние десятилетия набирают популярность способы возвращения человека, имеющего инвалидность, в социальную среду через участие в физкультурно-спортивной деятельности, но здесь возникают вопросы в выборе рациональных видов спорта для спортсменов-инвалидов. Кроме выше сказанного, в пособии рассматриваются современные подходы к решению проблемы включения людей с ограниченными возможностями здоровья в занятия адаптивной физической культуры, а также предлагается программа психологического тренинга по повышению мотивации к занятиям АФК.

В данном учебно-методическом пособии студенты и магистры найдут ответы на вопросы по физической реабилитации людей с травмами опорно-двигательного аппарата разных возрастных групп, их социализации и психологического сопровождения во время занятий адаптивным спортом.

Учебно-методическое пособие состоит из трех глав. В первой главе представлены современные методы восстановления детей с двигательными нарушениями, такими, например, как детский церебральный паралич. Предлагается программа по формированию навыков самообслуживания у детей дошкольного возраста с ДЦП, средствами физической культуры.

Во второй главе дано описание методики двигательной самореабилитации больных трудоспособного и пожилого возраста с травмами позвоночника и спинного мозга после выписки из стационара. Затронуты вопросы социализации больных с данными травмами через участие в физкультурно-спортивной деятельности. Кроме методики самореабилитации, в главе подробно рассмотрены возможные пути развития адаптивной физической культуры и адаптивного спорта на территории муниципальных образований.

Третья глава посвящена теоретическим и практическим вопросам психологического сопровождения адаптивной физической культуры и спорта. В рамках данной главы рассматривается специфика адаптивного спорта и перспективы его развития в России, обосновывается роль адаптивного спорта в развитии личности занимающихся, показаны психологические трудности включения людей с ограниченными возможностями здоровья в занятия.

Особое внимание в главе уделено современным подходам к решению проблемы включения людей с ограниченными возможностями здоровья в занятия адаптивной физической культурой и спортом. Прикладной аспект главы посвящен программе психологического тренинга по повышению интереса и мотивации к активным занятиям у людей с ограниченными возможностями здоровья.

Учебно-методическое пособие раскрывает общие понятия, включает практические рекомендации, содержит вопросы и задания для самопроверки. Позволяет обучающимся получить целостное представление по изучаемым разделам.

Применение данного учебно-методического пособия позволит компенсировать недостаток материала для подготовки специалистов по лечебной физической культуре, адаптивной физической культуре и адаптивному спорту.

АБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ДЦП В СИСТЕМЕ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

§ 1. Этиология и патогенез ДЦП

Описание больных с врожденными параличами находят еще в трудах Гиппократ, К. Галена, в произведениях древнего искусства, литературы. Но лишь в XVIII — начале XIX века проблема врожденных параличей привлекла внимание исследователей. Ж. Сазаувилх представил клинико-анатомические параллели при гемиплегиях, для обозначения которых он впервые применил термин «врожденный церебральный паралич» [см.: Бадалян, Журба, Тимонина]. Врожденные двигательные расстройства, проявляющиеся двусторонним поражением рук и ног, были объединены в клиническую группу и обозначены как «общая мозговая ригидность».

Первое клиническое описание детского церебрального паралича сделал английский хирург-ортопед В. Ж. Литтл (1810–1894). Он сам страдал левосторонней косолапостью и в 1853 году опубликовал работу, которая называлась «О природе и лечении деформаций человеческого каркаса».

В 1861 году в лекции о спастической ригидности он заявил, что ребенок может рождаться с серьезными и специфическими недугами. Он доложил об этом на заседании Королевского клинического общества, а затем опубликовал свои наблюдения за детьми, у которых после перенесенных при родах травмах головы развились параличи конечностей [Little]. Около 100 лет это заболевание называлось болезнью Литтле.

Спустя 10 лет, после упоминания В. Ж. Литтле о больных с непроизвольными движениями, В. Хаммонд впервые применил термин «атетоз» для описания насильственных, червеобразных движений пальцев кисти и предплечья. Его наблюдения относились в основном ко взрослым больным, однако они стимулировали интерес к аналогичным проявлениям у детей с церебральными параличами.

В. Гроверс наиболее точно дифференцировал различные формы патологических движений и показал, что у детей чаще наблюдаются дистонические движения.

Большой вклад в изучение ДЦП внес известный австрийский невропатолог, психиатр и психолог З. Фрейд. Он проанализировал случаи, описанные В. Ж. Литтле, с позиции невропатолога и создал первую классификацию ДЦП.

В 1906 году немецкий ортопед К. Биесалски обнаружил «статистику хромоты». Его данные демонстрировали широкую распространенность таких детей среди школьников с нормальным развитием психики и интеллекта. Необходимо было улучшать систему их образования и социальной защиты. Так, впервые в мире в 1920 году в Германии появляется закон «О помощи хромым», по которому лицам с ограниченными возможностями здоровья гарантировались превентивные меры, медицинская, педагогическая и профессиональная реабилитация [Каппелле, Фарричелли].

В России учреждение для детей с такой патологией впервые появилось в Санкт-Петербурге в 1890 году. Общество «Синий крест» открывает «приют для детей-калек и паралитиков» на 20 человек. В этом приюте детей наблюдали врачи, они получали начальное образование и обучались ремеслу. С 1904 года консультантом, а затем и руководителем лечебного процесса в приюте становится основоположник отечественной ортопедии, профессор Военно-медицинской академии Г. И. Турнер. В настоящее время на месте первого приюта для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата организован Институт травматологии и ортопедии им. Г. И. Турнера. За многолетний период работы в институте был накоплен огромный опыт не только ортопедохирургического лечения детей, но и лечебно-педагогической и психологической работы с детьми и подростками с церебральным параличом. В 1968 году было организовано отделение «Мать и дитя», где ребенок вместе с матерью находился в течение трех месяцев и за этот период получал комплексное восстановительное лечение, с ним занимались психолог, логопед, специалист по лечебной физической культуре, а мать обучалась уходу за ребенком, получала элементарные педагогические навыки у логопеда, психолога, педагога-дефектолога [Шапкова].

Термин «детский церебральный паралич» принадлежит Зигмунду Фрейду. В 1893 году он предложил объединить все

формы спастических параличей внутриутробного происхождения со сходными клиническими признаками в группу церебральных параличей.

В 1958 году на заседании VIII пересмотра ВОЗ в Оксфорде этот термин утвердили и дали определение: «Детский церебральный паралич — не прогрессирующее заболевание головного мозга, поражающее его отделы, которые ведают движениями и положениями тела, заболевание приобретает на ранних этапах развития головного мозга» [Шипицына, Мамайчук, с. 10].

В специальной литературе можно найти большое количество разных терминов для обозначения этого типа нарушений. Так, в англоязычной и немецкой литературе используют термины «церебральный паралич» и «спастический паралич» [Finnie; Little]. У французских авторов мы встречаем термин «нарушение моторики церебрального происхождения» [Шапкова].

В 1983 году Л. О. Бадалян предложил назвать детские церебральные параличи «дизонтогенетические постуральные дискинезии». Автор справедливо отмечал, что поражение нервной системы при ДЦП представляет собой не «поломку» уже готового механизма, а задержку или искажение развития. По его мнению, эти нарушения нельзя считать исключительно церебральными, так как механизм реализации патологической двигательной активности лежит не горизонтально, а охватывает всю вертикальную систему регуляции движений [Бадалян, Журба, Тимонина].

Термин «дискинезии», предложенный Л. О. Бадаляном в качестве определения детского церебрального паралича, точно отражает характер двигательных патологий при ДЦП, подчеркивает их обусловленность расстройствами онтогенеза локомоторных функций. Несмотря на то, что термин «детский церебральный паралич» не отражает полностью весь спектр имеющихся при этом заболевании нарушений, до настоящего времени понятия, всесторонне характеризующего эти патологические состояния, не предложено.

Сам термин «детский церебральный паралич» подчеркивает, что заболевание возникает на определенном этапе онтогенеза в результате поражения незрелого мозга ребенка [Новоторцева].

К. А. Семенова определила детский церебральный паралич как заболевание, возникающее в результате поражения головного мозга, перенесенного в перинатальный период развития или в период

новорожденности [Семенова, Мастюкова, Смуглин]. В современной научной литературе, описывающей данное заболевание, определение термина дополнено: сопровождающееся двигательными, речевыми и психическими нарушениями [Шапкова]. Несмотря на то, что моторные нарушения у детей с детским церебральным параличом составляют большую часть проблем, однако зачастую они не являются главной проблемой.

В работах начала XX века подчеркивалось снижение интеллекта и недоразвитие речи у многих детей с детским церебральным параличом. М. Я. Брейтман первым описал патолого-анатомическую и клиническую картину ДЦП и отметил, что при данном заболевании нарушения проявляются не только в двигательной сфере, но и интеллекте, и речи [Брейтман].

Во второй половине XX века появились работы, посвященные изучению познавательных процессов и речи у детей с церебральным параличом [Калижнюк].

В настоящее время ДЦП рассматривается как заболевание, возникшее в результате поражения мозга, перенесенного в пренатальном периоде или в периоде незавершенного процесса формирования основных структур и механизмов мозга, что обуславливает сложную сочетанную структуру неврологических и психических расстройств. Наблюдается не только замедленный темп психического развития в целом, но и неравномерный, диспропорциональный характер формирования отдельных психических функций [Ковалев].

Важным звеном в патогенезе психических нарушений у детей с церебральным параличом является недоразвитие или аномальное развитие фило- и онтогенетически наиболее молодых мозговых структур, развивающихся уже в постнатальном периоде [Шипицына, Мамайчук].

В качестве причин развития ДЦП принято выделять пренатальные, перинатальные и постнатальные неблагоприятные факторы. На практике чаще всего встречаются комбинации факторов, действующих на разных этапах своего развития.

По данным ряда отечественных и иностранных исследователей, решающая роль в возникновении ДЦП принадлежит факторам пренатального периода — от 37 до 60 %, доля натальных — от 27 до 40 %, а постнатальных — от 3 до 25 % [Власова, Певзнер]. Вместе

с тем отдельные авторы не придают решающего значения в этиологии ДЦП пренатальному периоду. Так, по мнению Б. Х. Дечесне, только в 30 % случаев причины ДЦП лежат в пренатальном периоде; в 60 % — связаны с самими родами и в 10 % — возникают после рождения в раннем возрасте [Цит. по: Шипицына, Мамайчук].

Пренатальные факторы включают в себя:

- состояние здоровья матери (конституция, соматические, эндокринные, инфекционные заболевания, вредные привычки, осложнения предыдущей беременности и др.);
- отклонения в ходе беременности (лечение тиреоидными гормонами, употребление матерью эстрогенных гормонов, внутриматочные повреждения, кровотечение в поздние сроки беременности);
- факторы, нарушающие развитие плода (вес менее 1500 г, ненормальная позиция плода, беременность сроком менее 37 недель, выраженный дефект родов, аномалия конечностей, микроцефалия, генетические факторы).

Среди перечисленных факторов риска ДЦП наиболее широкому обсуждению в литературе подвергается фактор низкой массы тела. Установлен высокий процент детей с ДЦП среди тех, кто имел низкий вес при рождении (от 43 до 50 %) [Шипицына, Мамайчук].

Примерно в 2 % случаев основную роль в развитии ДЦП имеет генетический фактор. В пользу генетической этиологии ДЦП свидетельствуют отдельные исследования природы ДЦП у близнецов [Каппелле, Фарричелли].

К перинатальным факторам относятся:

- асфиксия в родах;
- родовая травма.

Особенно детально изучен механизм асфиксии: кислородная недостаточность в родах ведет к расширению сосудов и их тромбозу, возникает ишемия мозга, и в итоге могут развиваться тяжелые церебральные нарушения.

Причинами родовых травм могут быть механические повреждения при рождении, неправильное предлежание плода, скоротечные роды, длительные потуги, слабость родовой деятельности, преждевременные роды и др.

Постнатальные факторы включают в себя:

- травмы черепа и костей, субдуральные гематомы и др.;
- инфекции (менингит, энцефалит, абсцесс мозга);

- интоксикации лекарственными веществами, антибиотиками, свинцом, мышьяком и др.;
- кислородная недостаточность при удушении, утоплении и др.;
- нарушения вследствие новообразований и других приобретенных отклонениях в мозге (опухоли, кисты, гидроцефалия) [Семенов].

Все перечисленные причины описывают общую картину возникновения ДЦП. Для получения более точных представлений об этиологии заболевания, необходимо проанализировать причины развития форм ДЦП, выделенные от преобладания тех или иных проявлений двигательной дисфункции.

§ 2. Классификации детского церебрального паралича

Первым ученым, который предложил классификацию ДЦП, был З. Фрейд. «Генерализованную ригидность» он предложил называть «диплегией». Этот термин служил противоположностью одностороннему поражению при гемиплегиях. Ученый подразделил диплегии на четыре типа:

- собственно болезнь Литтла, при которой руки поражены меньше, чем ноги («генерализованная ригидность»);
- спастические параличи ног с минимальным поражением рук («параплегическая ригидность»);
- двусторонняя гемиплегия, при которой руки поражены больше, чем ноги, в большей степени выражена мышечная ригидность (сумма гемиплегий, обусловленная двусторонним поражением мозга);
- двусторонний атетоз и общая врожденная хорей (эта форма имеет две фазы — ранняя, паралитическая, и поздняя, гиперкинетическая).

Описывая «параплегическую ригидность», З. Фрейд считал, что эта форма представляет собой не спинальное, а церебральное поражение, так как часто сопровождается другими мозговыми нарушениями, такими как задержка речевого развития, снижение остроты зрения, слуха, судороги, косоглазие.

З. Фрейд критически относился к подразделению церебральных параличей по патоморфологическому признаку или

в зависимости от характера и времени действия этиологического фактора. По его мнению, этиологические факторы многообразны и часто сочетаются друг с другом, в связи с чем трудно определить, на каком этапе произошло поражение мозга и какой фактор сыграл решающую роль.

Таким образом, З. Фрейд выделил типы церебральных параличей (кроме вялой формы), которые положены в основу почти всех последующих классификаций [Бадалян, 1983]. Вялую форму ДЦП подробно описал О. Фоерстер, хотя об аналогичных больных сообщалось и ранее (З. Фрейд, 1893, 1907; Г. Антон, 1903; Ф. Е. Баттен, 1905).

В 1944 году Ф. Форд разработал новую классификацию, разделив в ней врожденную спастическую диплегию, врожденную спастическую параплегию, врожденную двойную гемиплегию, врожденную гемиплегию, врожденную моноплегию, врожденный псевдобульбарный паралич, врожденную атоническую диплегию, врожденные атетоз, хорею и ригидность, врожденную мозжечковую атаксию. При этом Ф. Форд не стал объединять эти синдромы в группу детских церебральных параличей, а описал их как самостоятельные формы патологии.

В 50-е годы XX века появились классификации, в которых авторы пытались подразделить детские церебральные параличи в зависимости от характера мышечного тонуса, распространенности двигательных нарушений, степени тяжести, функциональных возможностей, сочетанных неврологических расстройств, этиологии. К ним относятся классификации М. Н. Реглстеин, В. Андерсон, С. Бали и Т. Инграм. В. Минеар предложил классификацию, в которой наряду с типом расстройства движений учитывались физическое развитие, психологический статус, расстройства зрения, слуха, речи, компенсаторные возможности.

Предложенные классификации имели очень громоздкое содержание, поэтому на практике оказались неудобными в использовании. Оказалось невозможным создать классификацию, в которой были бы отражены все известные признаки, так как даже в рамках одной формы ДЦП могут быть колоссальные различия в проявлении этих признаков у разных детей.

Более приемлемыми оказались классификации, которые построены на основании распространенности нарушений и типа

мышечного тонуса, например классификации Клуба Литтла (The Little Club, 1959) или К. Бобат и Б. Бобат. Классификации Клуба Литтла содержала в себе:

- спастический церебральный паралич (гемиплегия, диплегия, двойная гемиплегия);

- дистонический церебральный паралич;

- хореоатетонидный церебральный паралич;

- смешанные формы церебрального паралича;

- атаксический церебральный паралич;

- атоническая диплегия.

К. Бобат и Б. Бобат подразделяют церебральные параличи на следующие формы:

- диплегия спастическая;

- тетраплегия (тетрапарез);

- спастическая;

- атетонидная (в эту группу авторы относят и смешанные формы: спастичность с атетозом или хореоатетозом; спастичность с атаксией; атетоз с атаксией);

- дистоническая (по мере развития ребенка мышечная дистония в сочетании с атетозом или хореоатетозом становится ведущим синдромом; при тетраплегии одна сторона может быть поражена больше, чем другая);

- гемиплегия спастическая (иногда при этой форме у детей старшего возраста может появляться атетоз в дистальных отделах конечностей);

- моноплегия спастическая (наблюдается редко; когда дети становятся старше, отчетливо видно, что это в действительности легкая форма гемиплегии);

- параплегия спастическая (в «чистом» виде практически не наблюдается; как правило, это диплегия с легким поражением рук, которое в раннем возрасте четко не определяется [B. Bobath]).

К. Бобат и Б. Бобат не выделяют атаксическую форму, так как, по их мнению, она встречается редко. Чаще атаксия наблюдается в сочетании со спастичностью, атетозом либо в сочетании и с тем и с другим [К. Bobath].

Варианты классификаций детского церебрального паралича приведены в монографиях Т. П. Симпсон и соавторов, Д. С. Футера, М. Б. Цукер, К. А. Семенов и соавторов.

Д. С. Футер подразделил ДЦП на спастическую диплегию, гемиплегию, двойную гемиплегию, моноплегию, мозжечковую атаксию и двойной атетоз. Все эти синдромы Д. С. Футер объединил в одну форму «врожденные церебральные параличи и гиперкинезы». Болезнь Литтла он выделил в отдельную форму, так как она обусловлена родовой травмой. По мнению ряда авторов, такая трактовка представляется искусственной, поскольку в происхождении любой формы церебрального паралича могут играть роль как родовые, так и внутриутробные повреждения центральной нервной системы, а чаще всего они сочетаются [Бадалян, 1983].

М. Б. Цукер предложил свою классификацию, схожую с Клубом Литтла. Выделены следующие формы: спастическая диплегия (синдром Литтла), спастическая гемиплегия и двойная спастическая гемиплегия (тетраплегия), псевдобульбарный паралич, мозжечковая форма, гиперкинетическая форма (двойной атетоз). Мозжечковая форма по своим признакам соответствует атонически-астатическому типу диплегии, описанному О. Фоерстер.

С интерпретацией псевдобульбарной формы, предложенной М. Б. Цукер, как самостоятельной вряд ли можно согласиться, поскольку псевдобульбарный синдром в изолированном виде при детских церебральных параличах встречается крайне редко, а сам термин «псевдобульбарный паралич» был использован Н. У. Оппенхейм для обозначения форм двусторонней гемиплегии, сопровождающихся выраженными псевдобульбарными нарушениями [См.: Бадалян, 1983].

В настоящее время в нашей стране пользуются классификацией К. А. Семеновой, сходной с классификациями А. Форд, М. Б. Цукер, Д. С. Футера и Клуба Литтла, но с некоторыми модификациями. Данная классификация подразделяется на следующие формы: спастическая диплегия, двойная гемиплегия, гиперкинетическая форма, гемиплегическая форма, атонически-астатическая форма.

Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, О. В. Тимонина в 1988 году предложили внести изменения в имеющуюся классификацию, сделав разграничения по возрасту ребенка. Таким образом, они предлагали разделить формы на возрастные группы раннего и старшего возрастов. Ранний возраст включает спастические формы (гемиплегия, диплегия, двусторонняя гемиплегия), дистоническую форму, гипотоническую форму. Старший возраст подразделен

на спастические формы (гемиплегия, диплегия, двусторонняя гемиплегия), гиперкинетическую форму, атактическую форму, атонически-астатическую форму, смешанную форму (спастико-атактическую, спастико-гиперкинетическую, атактико-гиперкинетическую). В представленной классификации показаны формы, которые проявляются в определенном периоде развития ребенка [Бадалян, Журба, Тимонина].

Вопросы классификации неоднократно рассматривались Международным обществом церебрального паралича, однако до настоящего времени они все еще остаются дискуссионными. Ни одна из предложенных классификаций не совершенна. Многообразие факторов, вызывающих поражение мозга, отсутствие специфики ответных реакций, расстройства взаимосвязей функциональных систем в процессе их развития затрудняют попытки уложить хотя бы основные характеристики церебрального паралича в строго определенные рамки [Бадалян, 1983].

И. П. Антонов в своих трудах указывал, что для достоверного изучения заболеваемости первостепенное значение имеет наличие унифицированной классификации, позволяющей упорядочить подход к диагностике, а также к формулировке и трактовке диагноза [Антонов].

§ 3. Психофизиологическая характеристика форм ДЦП

Для формирования более полной картины о детском церебральном параличе необходимо описать каждую форму. Для этой цели, используем классификацию К. А. Семеновой [Семенова, Мастюкова, Смуглин].

Двойная гемиплегия — самая тяжелая форма ДЦП. Возникает при значительном поражении мозга в периоде внутриутробного развития. Проявляется в виде выраженных деструктивно-атрофических изменений, расширением субарахноидальных пространств и желудочковой системы мозга. Имеется псевдобульбарный симптом, слюнотечение и др. Оказываются тяжело нарушенными все важнейшие человеческие функции: двигательные, психические, речевые [Шамарин, Белова].

Двигательные нарушения проявляются уже в период новорожденности, как правило, отсутствует защитный рефлекс, резко выражены все тонические рефлексы. Впоследствии не развиваются цепные установочные рефлексы, соответственно, ребенок не может научиться самостоятельно сидеть, стоять, ходить [Семенова, Махмудова].

По причине повышенной активности тонических рефлексов ребенок в положении лежа на животе или спине имеет резко выраженные сгибательную или разгибательную позы. Все сухожильные рефлексы очень высокие, тонус мышц в руках и ногах резко нарушен. Произвольная моторика совсем или почти не развита.

Психическое развитие детей находится обычно на уровне умственной отсталости в умеренной или тяжелой степени. Речь отсутствует: анатрия или тяжелая дизартрия. Прогноз дальнейшего развития двигательной, речевой и психических функций неблагоприятен [Шипицына, Мамайчук].

Спастическая диплегия — самая распространенная форма ДЦП, ранее была известна под названием болезнь или синдром Литтля. По распространенности нарушений спастическая диплегия является тетрапарезом, то есть поражены и верхние, и нижние конечности, но последние более выражены.

По данным Л. М. Шипицыной, И. И. Мамайчук, у детей с этой формой ДЦП часто наблюдается задержка психического развития, которая при раннем лечении может быть устранена к окончанию дошкольного периода. Помимо задержки психического развития, у 30–35 % детей наблюдается умственная отсталость, у 70 % — речевые нарушения в форме дизартрии, значительно реже — в форме моторной алалии [Бадалян, 1983].

В связи со временем и силой действия повреждающих факторов в период развития, тяжесть речевых, психических и двигательных нарушений варьируется в широких пределах. В зависимости от степени тяжести поражения мозга уже в период новорожденности слабо выражены или не возникают врожденные двигательные рефлексы [Терапия с основами реабилитации]. Таким образом, можно говорить о нарушении основы, на базе которой формируются необходимые установочные рефлексы. Хватательный рефлекс и шейные тонические рефлексы чаще всего усилены.

При выраженности симметрично шейно-тонического рефлекса при сгибании головы возникает самая характерная для этой формы ДЦП поза — сгибание верхних конечностей при одновременном разгибании нижних, а при разгибании головы — разгибание верхних, сгибание нижних конечностей. Эта сильная связь тонических рефлексов с мышцами к 2–3 годам без необходимой медицинской и педагогической помощи приводит к формированию стойких патологических синергий и как следствие — к стойким порочным позам и установкам [Шипицына, Мамайчук].

Спастическую диплегию подразделяют на три степени тяжести нарушений: тяжелую, среднюю и легкую.

Дети с тяжелой степенью не передвигаются самостоятельно либо при помощи костылей, ходунков. Манипулятивная функция рук снижена, самообслуживание частичное. В связи с порочными позами относительно быстро развиваются контрактуры и деформации во всех суставах нижних конечностей. По причине более тяжелого поражения основы освоения двигательными действиями, установочные выпрямительные рефлексы формируются слабо [Бадалян, 2001].

Дети со средней степенью передвигаются, но имеют видимые поражения в осанке. Манипулятивная функция рук развита хорошо [Бронников]. Тонические рефлексы выражены незначительно, контрактуры и деформации развиты в меньшей степени.

Легкая степень спастической диплегии подразумевает самостоятельное передвижение ребенка, но с замедленностью и неловкостью движений в верхних конечностях, незначительное ограничение объема активных движений в нижних конечностях. В большей степени снижение амплитуды и активности движений заметно в голеностопных суставах.

Стоит отметить, что при любой степени спастической диплегии остаются возможными вторичные нарушения психических и речевых процессов, но часто в меньшей степени, в отличие от двойной гемиплегии.

По мнению В. А. Бронникова, А.В. Одинцовой, Н. А. Абрамовой, А. А. Наумова, О. К. Малышевой, прогноз более благоприятный в области преодоления психических и речевых нарушений, но менее — в формировании движений [Детский церебральный паралич].

Гемипаретическая форма — форма ДЦП, характеризующаяся поражением одноименной руки и ноги. В 80 % случаев развивается у ребенка в постнатальный период вследствие травм и инфекций, так как поражаются пирамидные пути головного мозга [Шипицына, Мамайчук]. При правостороннем поражении мозга нарушения протекают по левой стороне тела, при левостороннем — правая.

При гемипарезе, в отличие от спастической диплегии, отмечают более сильное поражение верхних конечностей. При этом правосторонний гемипарез встречается чаще, чем левосторонний. Это связано с тем, что левое полушарие при воздействии вредных факторов поражается как более молодое филогенетически, функции которого наиболее сложны и многообразны.

По данным И. И. Мамайчук, у 25–35 % детей наблюдается легкая степень умственной отсталости, у 45–50 % — задержка психического развития, у 20–35 % детей — речевые расстройства в форме дизартрии и моторной алалии [Мамайчук, 1976].

После рождения у ребенка с гемипаретической формой ДЦП все врожденные двигательные рефлексы оказываются сформированными. Несмотря на этот благоприятный факт, уже на самом раннем периоде развития можно выявить ограничения спонтанных движений и высокие сухожильные рефлексы в пораженных конечностях. Ребенок проходит все этапы развития вовремя или с небольшим опозданием, при этом поза оказывается ассиметричной из-за поражения одной из сторон тела, что впоследствии может привести к сколиозу и вторичным нарушениям.

Двигательные нарушения сформированы уже к 2–3 годам и далее не прогрессируют. При этом они носят стойкий характер, несмотря на проводимое лечение.

При гемипаретической форме ДЦП выделяют также три степени тяжести. При тяжелой степени поражения верхней и нижней конечности наблюдается тонус мышц по типу спастичности или ригидности. Манипулятивная функция руки практически отсутствует, объем активных движений пораженных конечностей минимален. В паретичной руке и ноге отмечается гипотрофия мышц и замедление роста костей, поэтому пораженные конечности уменьшены. Самостоятельная ходьба формируется в возрасте около трех лет. В связи с нарушениями наблюдается грубое нарушение осанки, сколиоз позвоночного столба и перекос таза. По данным

Л. М. Шипицыной, И. И. Мамайчук, у 25–35 % детей выявляется умственная отсталость, у 55–60 % — речевые расстройства [Шипицына, Мамайчук].

Средняя степень гемипаретической формы поражения опорно-двигательного аппарата характеризуется менее выраженными трофическими расстройствами, нарушениями тонуса мышц и объема движений. Самостоятельная ходьба формируется с возраста 2 лет. Манипулятивная функция руки слабо выражена, но дети могут захватывать рукой предметы. По данным Л. В. Шапковой, у 20–30 % детей наблюдается ЗПР, у 15–20 % — умственная отсталость, у 40–50 % — речевые расстройства [Шапкова].

При легкой степени гемипаретической формы ДЦП наблюдается незначительное нарушение тонуса мышц. Объем активных движений в руке сохранен, но отмечается неловкость движений. Самостоятельная ходьба формируется с 13–15 месяцев. По данным Л. В. Шапковой, у 25–30 % детей отмечается ЗПР, у 5 % — умственная отсталость, у 25–30 % — речевые расстройства [Шапкова].

Гиперкинетическая форма ДЦП характеризуется насильственными движениями (гиперкинезами), мышечная ригидность шеи, туловища, ног [Бадалян, 1983]. Несмотря на тяжелый двигательный дефект, ограниченную возможность самообслуживания, уровень интеллектуального развития при рассматриваемой форме ДЦП выше по сравнению с остальными [Каппелле, Фарричелли]. Врожденные двигательные рефлексы нарушены, врожденные движения вялые и ограниченные.

Атонически-астатическая форма возникает при нарушении функции мозжечка. При этом отмечается низкий мышечный тонус, нарушение равновесия в покое и ходьбе, нарушение координации движений. У детей нарушено самообслуживание, движения несоизмеримы, неритмичны. Имеют трудности в освоении письма. По данным А. А. Потапчук, И. П. Машаду, в 50 % отмечаются речевые и психические нарушения различной степени тяжести [Потапчук, Машаду].

Последнее время В. И. Козьявкин, Л. Ф. Шестопалова, В. С. Подкорытов описывают еще одну форму ДЦП — смешанную. *Смешанная форма ДЦП* характеризуется комбинацией различных форм. Чаще всего это сочетание спастичных форм и атонически-астатической [Козьявкин, Шестопалова, Подкорытов].

§ 4. Методы абилитации детей с ДЦП

Наиболее распространенными авторскими методами абилитации детей с ДЦП являются:

- метод рефлекс-локомоций (Вацлав Войта);
- метод нейроразвивающей терапии (Карел и Берта Бобат);
- метод кондуктивной педагогики (Андраше Пете);
- метод динамической проприоцептивной коррекции (К. А. Семенова).

Остановимся на каждом методе более подробно.

Метод рефлекс-локомоций В. Войта был создан эмпирически в ходе изучения моторных реакций в ответ на специфическую стимуляцию, проводимую в определенных положениях ребенка. Целью метода является развитие у ребенка опорной функции конечностей, навыков контроля положения тела и координации движений. Задача, которую ставит перед собой специалист, — формирование движений, соответствующих возрасту пациента. Основой метода является использование рефлекса ползания и рефлекса переворота. Лечебный эффект достигается при частом повторении упражнений на протяжении длительного времени. Важно отметить, что метод направлен на создание модели координированной работы мышц, на базе которой в последующем и будут сформированы необходимые движения.

В основе данного метода лежит методика диагностики психофизиологических патологий новорожденных, благодаря которой можно вступить в абилитационный процесс на раннем этапе развития. Это увеличивает шансы на полноценное восстановление психофизических функций. Раннее вмешательство является основным принципом работы с детьми с ДЦП, так как чем раньше начнется абилитационный процесс, тем, можно предположить, меньше патологических рефлексов получат развитие.

Обязательными участниками лечебного процесса являются родители детей с ДЦП, которые под руководством специалиста проходят курс обучения по методу Войта, а затем самостоятельно проводят абилитационные мероприятия в домашних условиях.

Метод нейроразвивающей терапии является альтернативой предыдущему методу — Войта-терапии. Он основывается на онтогенетической последовательности моторного развития. Данный

метод направлен на абилитацию детей со спастической формой ДЦП. Его суть заключается в выявлении позиций тела, которые помогают затормозить влияние патологических рефлексов. Это, в свою очередь, способствует нормализации мышечного тонуса и улучшение рецепторной чувствительности.

Нейроразвивающее лечение было направлено на восстановление систем, которые были нарушены при поражении центральной нервной системы. Помимо этого, особое внимание уделялось сенсомоторному контролю мышц, мышечного тонуса, моторной памяти, а также механизмам постурального контроля. Как отмечает в своей работе В. И. Козьявкин, ребенок в этой системе был сравнительно пассивным реципиентом нейроразвивающего лечения [Козьявкин, Шестопалова, Подкорытов].

Всеми движениями управляет непосредственно специалист. Наибольший контроль оказывается положению головы, плечевого пояса и тазового пояса. Специалист провоцирует возникновение реакций выпрямления, посредством многократного воспроизведения определенных рефлексов.

«Бобат-терапия» направлена на:

- стимулирование «правильных» движений;
- подавление патологических поз и моделей движения;
- нормализацию тонуса мышц;
- проприоцептивную чувствительность.

Для проведения Войта- и Бобат-терапии используются специализированные столы с расширенными размерами кушетки. Положение пациента на столе может меняться, так как концы стола поднимаются и опускаются в зависимости от применяемых исходных положений.

Кондуктивная педагогика была разработана венгерским врачом и педагогом Андраше Петё после Второй мировой войны. По мнению профессора Петё, моторные нарушения развиваются не только вследствие повреждения двигательных центров мозга, но являются также результатом нарушения процессов интеграции, что ведет к недостаточному взаимодействию разных отделов мозга [Финк]. В основе метода — мобилизация интегрирующей способности нервной системы с помощью направленного и активного процесса обучения. А. Петё считал, что в основе патологии лежит общее нарушение познавательных способностей, которое отрицательно

влияет на моторику и личностное развитие в целом. Андраше Петё произвел революцию в существовавших подходах: «Отвлечитесь, наконец, от парализованных мышц и займитесь личностью в ее целостности» [Финк, с. 31]. Все упражнения комплекса базируются на физиологических движениях. Во время занятий широко применяют «лечение ритмом», используя ритмические движения, танцы, песни, стихи [Акош].

Педагог-кондуктолог, производящий занятия с ребенком, создает возможности для обучения детей. Одним из утверждений, составляющим фундамент данной методики, является то, что даже ребенок с тяжелыми поражениями способен развиваться, его не считают «неспособным», а предполагают, что он был лишен возможности нормально учиться. Это положение оптимистично действует на родителей, так как большинство медицинских методик реабилитации направлены не на развитие возможностей, а на коррекцию нарушений.

Организационные формы данного метода направлены не только на раннюю помощь, но и дальнейшее обучение. Метод кондуктивной педагогики может успешно использоваться в рамках обучения по адаптивной физической культуре. В г. Екатеринбурге кондуктивная педагогика лежит в основе обучения и воспитания детей в детском саду компенсирующего вида, в котором занимаются 12 детей с различными формами и степенью нарушений опорно-двигательного аппарата.

Оборудование для кабинета абилитации по методу кондуктивной педагогики состоит из следующих приспособлений:

1. Специализированный притч, на котором проводится лечение «положением» или подготовительная часть занятия.

2. Брусья для ходьбы с горизонтальной лестницей для перешагивания. Брусья могут быть закреплены на разную высоту, а также использоваться по отдельности для формирования навыка ходьбы за одну руку. Лестница может быть убрана в зависимости от цели упражнения.

3. Вертикальная лестница входит в состав притча, стульев (заменяет спинку), а также используется отдельно.

4. Цилиндр для обучения ходьбе на коленях.

5. Специализированные стулья разной ростовки, в которых обычная спинка заменена перекладинами.

6. Вертикализаторы тела, состоящие из поверхности в виде реек, за которые удобно фиксировать с помощью эластичного бинта конечности пациента.

Все элементы оборудования деревянные, что является безопасным и экологичным для использования в детском учреждении.

Метод динамической проприоцептивной коррекции К. А. Семеновой направлен на восстановление моторики путем коррекции афферентного проприоцептивного потока, который непосредственно действует на основные структуры центральной нервной системы. В результате апробации данного метода были разработаны специальные костюмы для абилитации людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата «Пингвин» и «Адели» [Семенова, Танюхина, Старобина].

Н. Н. Гадирова в своем диссертационном исследовании утверждала, что социально-педагогическая деятельность специалистов, работающих с детьми, имеющими ограничения физического здоровья, должна быть направлена на успешную адаптацию в социальной и социокультурной среде [Гадирова].

Адаптивное физическое воспитание является самой важной частью общей системы обучения, воспитания и лечения детей с детским церебральным параличом. Развитие двигательной сферы ребенка вызывает большие сложности, особенно в раннем и дошкольном возрасте, когда ребенок еще не осознает своего дефекта и не стремится к его активному преодолению [Целевич].

В современной системе абилитации лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата применяются следующие организационные формы:

1. Курсовое лечение — около двух раз в год в санаториях региона, где проживает ребенок. Применяют занятия по ЛФК, логопедии, массаж, физиотерапию.

2. Посещение специализированного образовательного учреждения. Применяют занятия согласно учебному плану и федеральному государственному образовательному стандарту. Лечебная физическая культура проводится в рамках предмета «Физическая культура» — не менее трех часов в неделю в групповой форме.

3. Посещение общеобразовательного учреждения в форме инклюзивного образования. Несмотря на необходимость и важность включения лиц с ограниченными возможностями здоровья

в общество, данная форма на данный момент имеет больше вопросов в реализации, так как в общеобразовательных учреждениях отсутствуют специалисты сферы специального образования.

§ 5. Особенности семей, воспитывающих детей с ДЦП

В литературе неоднократно указывалось на необходимость изучения особенностей таких семей и на разработку коррекционных мер, предназначенных для реализации им конкретной помощи. В работах М. М. Семаго рассматривается проблема консультирования семьи с ребенком с ограниченными возможностями здоровья. М. М. Семаго указывал на высокую вероятность распада семей, не сумевших преодолеть кризис, вызванный рождением ребенка с тяжелыми нарушениями развития.

Среди отечественных авторов ведущее место в разработке этой проблемы принадлежит В. В. Ткачевой, в работах которой определены принципиальные подходы к организации и содержанию консультирования данной категории семей [Ткачева].

Рождение ребенка с отклонениями в развитии воспринимается его родителями как трагедия, потеря перспектив дальнейшей жизни. Нарушения в развитии любой сферы ребенка вызывают у родителей, в первую очередь у матерей, сильнейший стресс. Признаки как видимого «калечества» (обезображенная фигура, гримасы на лице, слюнотечение), так и двигательная или любая другая (интеллектуальная или речевая) несостоятельность ребенка оказывают сильное угнетающее воздействие на каждого члена семьи.

Реакции родителей на факт рождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья носят не конструктивный характер и могут большим препятствием на пути социальной адаптации самого ребенка и его родителей [Финк]. Совместная работа родителей со специалистами по поиску рациональных путей социальной адаптации детей, забота об их будущем, воспитании, образовании является основой абилитации детей с ограниченными возможностями здоровья [Набойченко, Блохина].

По мнению Т. И. Целевич, ведущей проблемой семьи, воспитывающей ребенка с ДЦП, является ее социальная адаптация в обществе, вызванная совершенно новыми условиями жизнедеятельности,

в которых оказалась семья после рождения «особого» ребенка [Целевич]. Родителям необходима система знаний, формирующих у них технологии ухода, обучения, воспитания, общения с ребенком [Зинкевич-Евстигнеева, Нисневич].

Г. А. Мишина в своей работе по изучению формирования сотрудничества родителей с детьми раннего возраста с нарушениями в развитии выявила, что особенности поведения ребенка обуславливают отношение родителей к нему в процессе взаимодействия. У многих родителей отмечается неумение создавать ситуацию совместной деятельности, несформированность потребности в общении, неэмоциональное взаимодействие, неадекватные позиции по отношению к ребенку [Сагдуллаев]. У родителей проявляется неуверенность в процессе воспитания и несформированность чувствительности по отношению к ребенку. Необходимо подчеркнуть, что чем больше выражено отставание в психофизическом развитии, тем более опекаемым становится ребенок, а поведение близких — все более директивным [Мишина].

Л. А. Арсенова в своем исследовании указывала на зависимость психического развития детей с особыми потребностями от семейных отношений [Арсенова].

В. Гольдберг говорит о различном восприятии ребенка с отклонениями в развитии родителями и выделяет четыре группы семей:

- семьи, которые реагируют на появление аномального ребенка возникновением специфических проблем;
- семьи, где присутствие такого ребенка сопровождается частыми семейными конфликтами;
- семьи, где интрапсихический конфликт, обусловленный рождением аномального ребенка, происходит на невротическом, или на психопатическом уровне;
- семьи, которые почти полностью разобщены, изолированы от общества [Цит. по: Смирнова].

В современной психологической литературе можно встретить различные классификации стилей семейного воспитания. Например, В. Н. Дружинин делит стили взаимоотношений в семье на три основных: авторитарный, либеральный и демократический [Дружинин].

Э. Г. Эйдемиллер и В. Юстицкис предложили следующую классификацию нарушенных типов семейного воспитания:

- потворствующая гиперпротекция;
- доминирующая гиперпротекция;
- эмоциональное отвержение;
- повышенная моральная ответственность;
- гипопротекция [Эйдемиллер, Юстицкис].

К детям с ограниченными возможностями здоровья в семьях предъявляются, как правило, заниженные требования. Проявляется гиперопека, гиперпротекция. Ребенок обычно ограничен в собственной активности. Это способствует закреплению инфантильности, неуверенности в себе, несамостоятельности, что влечет за собой трудности общения, установления межличностных, межполовых контактов [Набойченко, Блохина].

Так, в 2005 г. Е. В. Устиновой было проведено исследование, в котором приняли участие 60 дошкольников в возрасте 5–6 лет с ДЦП (спастическая диплегия и гиперкинетическая форма), а также их родители. У детей изучались доминирующие группы страхов, уровень тревожности, эмоциональное отношение к близким людям; у родителей выявлялось эмоциональное приятие ребенка, его заболевания, а также тип семейного воспитания. На основании данных экспериментального исследования были сделаны выводы, что процесс воспитания в семьях детей с ДЦП нарушается по типу потворствующей гиперпротекции в сочетании с недостатком требований и запретов, минимальностью санкций в 75 % случаев [Устинова].

Несмотря на это, отечественные авторы в своих исследованиях утверждают, что встречаются семьи, в которых имеет место эмоциональное отвержение больного ребенка, проявляющееся в жестком обращении [Ялпаева].

В результате проведенного Е. В. Устиновой исследования были выявлены причины негармоничного воспитания и искажения родительско-детских отношений в семьях дошкольников с ДЦП:

- воспитательная неуверенность родителей (90 % семей);
- страх за здоровье ребенка (60 %);
- повышенный уровень тревожности (у 93 % матерей и 60 % отцов);
- эмоциональное соотнесение в восприятии родителей личности ребенка с ДЦП с понятиями «тревога» (56 %) и «болезнь» (36 %);

- эмоционально-отрицательное отношение к понятию «материнство» (6,7 %) и к понятию «отцовство» (36 %);
- неустойчивость воспитательной тактики в семье (20 %);
- чувство вины перед ребенком (60 %);
- предпочтение родителями детских качеств в процессе воспитания ребенка (60 %) [Устинова].

А. С. Спиваковская указывала на то, что в тех семьях, где имеется ребенок с ограниченными возможностями развития, особенно ярко проявляются неадекватность, «сиюминутность внутрисемейных отношений», то есть все, что происходит в семье, главным образом связано с текущими «сегодняшними» проблемами жизни ребенка. В семье с ребенком с нормальным развитием обратная ситуация: наблюдается адекватность, «прогностичность в оценках происходящего», направленность на будущее ребенка [Спиваковская].

Л. И. Акатов описывал взаимодействие родителей детей с ограниченными возможностями здоровья друг с другом. Характер общения семей во многом определяется их индивидуальными особенностями. Члены гармоничных семей в большинстве случаев не замыкаются в рамках отношений только между собой, а имеют друзей, свои любимые занятия. Эти связи с внешним миром являются большим источником поддержки в проблемных ситуациях [Акатов].

В зарубежной литературе имеются работы, в которых рассматриваются стадии адаптации к стрессу семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями развития. Так, Е. Шукхардт полагает, что семья, имеющая ребенка с проблемами в развитии, переживает две основные фазы кризиса:

- непринятие факта нарушения развития, которое проявляется в виде шока или отрицания существования проблемы;
- приспособление к пониманию происходящего и его принятие [Schuchardt].

Л. Миллер, Ж. Ричмонд выделяют три стадии:

- эмоциональная дезорганизация — у родителей наблюдаются аффективно-шоковые реакции;
- реинтеграция — возможна более реалистичная оценка стрессовой ситуации родителями;
- зрелая адаптация — оба родителя адекватно оценивают ситуацию [Набойченко, Блохина].

Е. Шухардт выделяет следующие кризисные состояния:

1. Незнание, неопределенность. Состояние панического ужаса перед неизвестным, переживание шока, ощущение того, что рушится привычная «нормальная» жизнь.

2. Знание, определенность. Противоречие между пониманием проблемы на рациональном уровне и ее отрицание на уровне эмоций и чувств.

3. Агрессия. Проявление негативных чувств в виде эмоциональных вспышек, в результате чего возникает агрессия, направленная на окружающий мир.

4. Активная хаотичная деятельность. Попытка овладеть безвыходной ситуацией с помощью имеющихся средств. Это либо поиск медицинского «светила», либо чудесное исцеление через Бога.

5. Депрессия. Возникновение состояния безысходности, в связи с неуспешностью на предыдущем этапе.

6. Принятие факта нарушения развития. Обретение нового смысла жизни.

7. Активизация. Активное построение и осуществление жизненных планов.

8. Солидарность. Объединение в группы с другими родителями, имеющими аналогичные трудности [Schuchardt].

Чтобы родительская любовь стала силой, формирующей характер и психическое состояние ребенка, по мнению Л. М. Шипицыной, родители детей с ограниченными возможностями здоровья должны обладать следующими ключевыми чертами:

- иметь веру в жизнь, внутреннее спокойствие, чтобы не заражать своей тревогой детей;

- строить свои отношения с ребенком на ожидании успешности, что определяется родительской верой в его силы и возможности;

- четко знать, что ребенок не может вырасти без атмосферы похвалы;

- развивать самостоятельность своего ребенка и поэтому по возможности сокращать постепенно свою помощь до минимума [Шипицына].

Нарушения процесса воспитания и эмоционального контакта родителей с ребенком отражаются на его эмоциональном самочувствии и отношении к близким людям. По данным Л. А. Арсеновой, у дошкольников с церебральным параличом наблюдаются высокие

показатели отрицательного отношения к себе, нейтрального отношения к матери и отрицательное отношение к отцу [Арсенова].

Среди детей с ДЦП часто встречаются дети со сложным дефектом, который проявляется в совокупности двигательной и интеллектуальной патологий.

Исследований родительского отношения к детям с такой патологией в литературе нет, но можно предположить, что сочетание столь явных для окружающих нарушений вызывает у родителей чувство безысходности. Родители в беседах часто высказывали факты безразличного отношения к детям не столько со стороны близких людей, но со стороны специалистов. «Нам никто ничего не советует», «Да кому мы нужны?», — эти фразы можно часто услышать от них. Чувство безысходности, понимание тяжести нарушений обрушивается на родителей детей со сложным дефектом.

Когда их дети достигают школьного возраста, родители постепенно смиряются с этой ситуацией. Возникают две группы родителей: в первой — родители приняли факт наличия тяжелых интеллектуальных и двигательных расстройств у ребенка, во второй — родители, которые борются с происходящим, постоянно посещая специалистов широкого профиля и не признавая факта наличия интеллектуальных нарушений.

В данном сочетании нарушений родители до последнего не могут принять наличие умственной отсталости, так как двигательные расстройства наиболее заметны. Это может быть результатом неадекватного оценивания состояния ребенка или следствием опасения испортить «ярлыком» будущее сыну или дочери [Арнаутова, Иванова]. Очень часто при поступлении в школу дети с данными патологиями оказываются в общеобразовательном классе для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, но спустя одну четверть отставание этого ученика становится заметным. После длительного и болезненного, в первую очередь для родителей, перехода на вспомогательную программу обучения, родители, как правило, теряют интерес к обучению ребенка, возникают частые пропуски, апатия к происходящему. Все это, несомненно, сказывается на развитии ребенка и на его психологическом состоянии [Власова, Певзнер].

§ 6. Программа по формированию навыков самообслуживания у детей дошкольного возраста с ДЦП средствами физической культуры

Федеральный государственный стандарт дошкольного образования (далее — ФГОС ДО) предполагает решение различных задач, направленных на полноценное психофизическое развитие ребенка. В рамках темы нашего исследования особо важны следующие задачи ФГОС ДО:

1) создания благоприятных условий развития детей в соответствии с их возрастными и индивидуальными особенностями и склонностями, развития способностей и творческого потенциала каждого ребенка как субъекта отношений с самим собой, другими детьми, взрослыми и миром;

2) объединения обучения и воспитания в целостный образовательный процесс на основе духовно-нравственных и социокультурных ценностей и принятых в обществе правил и норм поведения в интересах человека, семьи, общества;

3) формирования общей культуры личности детей, в том числе ценностей здорового образа жизни, развития их социальных, нравственных, эстетических, интеллектуальных, физических качеств, инициативности, самостоятельности и ответственности ребенка, формирования предпосылок учебной деятельности [Приказ Министерства...].

Перечисленные задачи создают прочную основу для данного исследования, так как без сформированных навыков самообслуживания невозможно дальнейшее полноценное развитие ребенка, в том числе освоение навыков учебной деятельности.

Развитие детей с патологией и без проходит по одной последовательности, но с различием в темпе. Так, дети с нормальным развитием поступают на обучение в дошкольное учреждение с уже сформированными навыками самообслуживания. Более того, у них уже сформированы основные двигательные навыки.

В возрасте трех лет дети с ДЦП находятся на различных этапах двигательного развития и чаще всего не имеют сформированных навыков самообслуживания. Это связано не только с наличием задержки психофизического развития, но и с гиперопекой со стороны родителей. Таким образом, на первый план процесса развития

ребенка с ограниченными возможностями здоровья выходит задача формирования навыков самообслуживания с учетом его индивидуальных особенностей.

Концепция разработанной нами программы по формированию навыков самообслуживания — в сопряженном развитии двигательных навыков и навыков самообслуживания на основании индивидуальных условий развития и особенностях личности ребенка.

Цель программы — создать педагогические условия для успешного формирования навыков самообслуживания у детей дошкольного возраста с ДЦП.

Освоение навыков самообслуживания по программе строится на основании индивидуального подхода. Нами были подобраны **принципы** адаптивной физической культуры, которые составили фундамент программы:

1. Принцип гуманного и чуткого отношения к членам семьи и к самому ребенку — важнейший принцип, оптимизирующий решение проблем семьи на разных этапах ее развития [Морозова].

2. Принцип конфиденциальности и профессиональной этики. Этот принцип позволяет создать между членами семьи и специалистами необходимые доверительные отношения.

3. Принцип единства диагностики и коррекции, в соответствии с которым точное выявление причины нарушений предполагает и возможность ее максимально успешного исправления [Стребелева].

4. Принцип дифференциации и индивидуализации. Сущность индивидуализации педагогического процесса состоит в том, чтобы, опираясь на конкретные способности и возможности каждого ребенка, создать максимальные условия для его развития.

5. Принцип компенсаторной направленности педагогических воздействий заключается в возмещении недоразвитых, нарушенных или утраченных функций за счет перестройки или усиленного использования сохранных функций и формирования «обходных путей». Таким образом, смысл этого принципа состоит в том, чтобы с помощью специально подобранных физических упражнений, методов и методических приемов стимулировать компенсаторные процессы в поврежденных органах и системах за счет активации сохранных функций, создавая со временем устойчивую долговременную компенсацию [Меерсон].

6. Принцип учета возрастных особенностей. Процесс индивидуального развития всех физиологических и психологических функций протекает неравномерно и неодновременно: периоды стабилизации сменяются ускорениями развития. Этот процесс является закономерным для всех детей, отличие состоит в том, что у ребенка с ДЦП периоды ускорения (сенситивные периоды) наступают в среднем на 2–3 года позднее, согласно данным И. Ю. Горской и Т. В. Синельниковой [см.: Шапкова]. Л. С. Выготский предлагал ориентироваться на «зону ближайшего развития», как на зону потенциальных возможностей ребенка, в отличие от «зоны актуального развития» [Выготский].

7. Принцип адекватности педагогических воздействий означает реализацию одной из важнейших закономерностей учебно-педагогического процесса: решение коррекционно-развивающих, компенсаторных, лечебно-восстановительных задач, подбор средств, методов, методических приемов должны соответствовать реальным функциональным возможностям, интересам и потребностям ребенка и его родителей.

8. Принцип оптимальности педагогических воздействий предполагает разумно сбалансированные величины психофизической нагрузки, целесообразную стимуляцию адаптационных процессов, которые определяются силой и характером внешних стимулов [Мамайчук, 2001]. В качестве стимулов выступают физические упражнения, различные по характеру, направленности, координационной сложности, а также физическая нагрузка, которая должна соответствовать оптимальным реакциям организма.

9. Принцип вариативности педагогических воздействий в адаптивной физической культуре определяет бесконечное многообразие не только физических упражнений, но и условий их выполнения, способов регулирования эмоционального состояния, воздействия на различные сенсорные ощущения (зрительные, тактильные, слуховые), речь (подвижные игры с речитативами), мелкую моторику («пальчиковые» игры), интеллект (игры со счетом, выстраиванием слов и т. п.).

10. Принцип приоритетной роли микросоциума состоит в единстве коррекционной работы с ребенком и его окружением, прежде всего с родителями. Л. М. Шипицына и И. И. Мамайчук в своих работах описывали необходимость такой организации микросоциума,

которая могла бы максимально стимулировать его развитие, сглаживать негативное влияние заболевания на физическое и психическое состояние ребенка [Шипицына, Мамайчук].

Основными **методами работы** с детьми были метод упражнения, метод приучения, беседы, наблюдения, также в качестве наглядного метода работы использовались пиктограммы для формирования навыков самообслуживания. **Методами оценки эффективности** применения программы являлись карта оценки навыков самообслуживания, мониторинг формирования двигательных навыков детей дошкольного возраста с ДЦП. В целях математической обработки результатов исследования использовался тест, определяющий значимость динамики, и линейный коэффициент корреляции, выявляющий сопряженность развития навыков самообслуживания и двигательных навыков.

К. Д. Ушинский отмечал, что одним из самых действенных методов педагогики для формирования навыков самообслуживания является метод приучения. Данный метод требует времени и проходит под непосредственным контролем со стороны взрослого за способом выполнения действия. Он также определил этапы формирования умений и навыков:

1. Возбуждение у учащихся потребности в выполнении данного вида деятельности и постановка четкой задачи перед ними
2. Предоставление учащимся необходимой информации о способе деятельности.
3. Практическая демонстрация действия.
4. Первичное воспроизведение действия учащимися.
5. Последующие повторения действия, направленные дальнейшее разучивание способа выполнения и закрепление навыка.
6. Выдвижение требований к учащимся по вопросам совершенствования навыка.
7. Контроль за поведением учащегося [Подласый].

Методы упражнения и приучения в процессе формирования навыков самообслуживания действуют взаимосвязано. В современной педагогике метод приучения используется на этапах раннего развития детей.

Обучение навыкам самообслуживания проходит посредством разработанных и адаптированных под каждого ребенка инструкций, отражающих пошаговое выполнение действий всех участников

двигательного акта. Из приведенных инструкций (*Приложение*) видно, что они составлены так, чтобы родитель повторял однотипный текст во время производимых ребенком действий. Так проходит первый этап формирования любого действия — начальное разучивание.

На этом этапе происходит объяснение этапов двигательного действия. Изначально ребенок нуждается в совместном с родителем выполнении действия. Активность роли взрослого должна постепенно снижаться.

На этапе углубленного разучивания происходит дальнейшее освоение двигательного умения, постепенно переходя в фазу навыка. Роль взрослого — контролирующая: родитель озвучивает инструкцию, но уже не помогает ребенку в ее осуществлении.

Завершающий этап формирования двигательного навыка — закрепление. На данном этапе инструкция не произносится, ребенок выполняет действие без помощи взрослого. Предлагается выполнять навык в других условиях, других местах.

Для детей с преобладанием зрительной памяти, а также для воспитанников с нарушениями интеллекта, используются пиктограммы — серия фотографий выполняемых действий. Все инструкции и пиктограммы располагаются в местах выполнения навыков. Соответственно, инструкция «Мытье рук» помещается в ванной комнате.

По причине различий условий проживания детей, инструкции составляются индивидуально для каждой семьи. Таким образом, создается «доступная среда», в рамках которой происходит более выраженное развитие личности ребенка.

Формирование навыков самообслуживания невозможно без развития двигательной сферы ребенка с ДЦП. Навыки передвижения в пространстве позволяют индивиду вести самостоятельный образ жизни.

Хотелось бы также заметить, что без оптимального функционирования опорно-двигательного аппарата организм человека не способен производить любые двигательные действия, в том числе ходьбу, использование столовых приборов, надевание ботинка и пр.

В качестве методов определения эффективности программы используется карта оценки навыков самообслуживания, в которой оценивается наличие или отсутствие определенного навыка у ребенка. По карте оцениваются основные навыки: одевания, приема пищи и гигиенические навыки. Результаты выводятся в баллах

от 0 до 10 (по количеству навыков). В табл. 1 представлена карта оценки навыков самообслуживания.

Диагностику навыков проводит не только учитель (специалист), но и сам родитель. Посредством этого достигается адекватность оценки. Зачастую родители детей с ограниченными возможностями здоровья могут завысить или, наоборот, занижить возможности ребенка. Данная карта предполагает видимую оценку всем участникам образовательного процесса. А также карта предполагает ведение ее в течение длительного времени для определения динамики формирования навыков самообслуживания у детей с ДЦП.

Таблица 1

Карта оценки навыков самообслуживания

№ п/п	Наименование навыка	Дата					
		Р	У	Р	У	Р	У
Прием пищи							
1	Подносит кружку ко рту, пьет						
2	Подносит пряник, печенье, хлеб ко рту, откусывает						
3	Кушает ложкой						
4	Кушает вилкой						
Гигиена							
5	Моеет руки с мылом, вытирает полотенцем						
6	Пользуется горшком						
7	Пользуется унитазом						
Одевание							
8	Надевает/снимает обувь						
9	Снимает и надевает некоторые элементы одежды						
10	Надевает и снимает все элементы одежды и обуви самостоятельно						

Примечание: Р – родитель, У – учитель.

Изначально карту оценки навыков самообслуживания заполняет родитель, ориентируясь на его собственном мнении и знании навыков, которые сформированы у ребенка. Следующий этап проводится специалистом с ребенком. Специалист наблюдает проявление навыков самообслуживания у ребенка в течение определенного отрезка времени (в течение 1 дня). Ребенок находится в привычной среде — чаще всего наблюдение производится в домашних условиях. Специалист оценивает навыки приема пищи, гигиены и одевания в реальной жизни. В дальнейшем проводит консультацию с родителем по результатам диагностики. Показывает имеющиеся различия в результатах оценивания родителем и специалистом, а также дает рекомендации по созданию «доступной среды» в домашних условиях. Также с помощью наблюдения и на основе полученных результатов составляются индивидуальные инструкции по формированию навыков самообслуживания в привычной для ребенка среде. В дальнейшем навык закрепляется в непривычных условиях — общественных местах, образовательном учреждении и т. д.

У детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируется функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Двигательные нарушения, являясь ведущим дефектом, без соответствующей коррекции оказывают неблагоприятное влияние на формирование психических функций и речи [Мастюкова, Ипполитова].

Основной формой абилитации детей с ДЦП являются регулярные занятия по адаптивной физической культуре, которые включают в себя лечебную гимнастику, массаж, занятия на тренажерах, формирование навыков самообслуживания и т. д.

Эффект раннего воздействия при работе с детьми с ДЦП является ключевым фактором эффективной абилитации. Поэтому занятия адаптивной физической культурой в раннем и дошкольном возрасте являются основополагающими всего процесса восстановления.

При проведении занятий по адаптивной физической культуре с детьми дошкольного возраста с ДЦП важно определить необходимые упражнения для занятий, выявить их эффективность, а следовательно, и динамику развития ребенка.

Л. С. Выготский выдвинул гипотезу об общности основных закономерностей развития ребенка в норме и при патологии, что

подтвердилось впоследствии в работах целого ряда исследователей. Общие закономерности развития прослеживаются как в созревании биологических, физиологических систем, так и в развитии психических функций. Во многих исследованиях подтверждено, что основные закономерности психического развития являются общими как для нормы, так и для патологии [Выготский].

Существуют несколько методик определения эффективности занятий по адаптивной физической культуре, которые широко применяются специалистами этой области.

1. Шкала навыков по Чейли.

Этот метод основывается на неврологических и биомеханических аспектах развития. По системе Чейли оценивается положение таза, положение плечевого пояса, симметрия, распределение веса тела.

2. Оценка двигательных возможностей детей, разработанная в НИИ травматологии и ортопедии и. Г. И. Турнера, включает в себя:

- состояние двигательной и рефлекторной сфер;
- развитие мелкой моторики;
- развитие умственной деятельности;
- обследование развития речевых навыков;
- обследование возможностей зрительно-пространственного восприятия;
- наличие сопутствующих заболеваний;
- морфологические данные ребенка [Шапкова].

Перечисленные методики мониторинга определяют действительный уровень развития ребенка, но являются довольно громоздкими в использовании. А. И. Репина в своей диссертационной работе «Адаптивная физическая культура как средство развития двигательной сферы и формирования навыков самообслуживания у детей с церебральным параличом» определяла динамику двигательной подготовленности и уровня сформированности навыков самообслуживания у детей с ДЦП в поздней резидуальной стадии посредством следующих показателей:

- динамометрия кистей;
- экскурсия грудной клетки;
- жизненная емкость легких;
- силовая выносливость мышц спины;
- статическая координация;
- оценка манипулятивной деятельности рук;

- оценка зрительно-моторной реакции;
- оценка способности к самообслуживанию;
- коммуникативные способности;
- организаторские способности [Репина].

Перечисленные показатели в большей степени отражают физическое развитие ребенка, его морфологические качества, и в меньшей — сформированность двигательных навыков.

Анализ существующих методик мониторинга детей с ДЦП показал, что есть необходимость в создании доступной для использования методики мониторинга формирования двигательных навыков у детей с ДЦП. Доступность в использовании помогает родителям применять данную методику без участия специалиста. Эта особенность, несомненно, имеет существенное значение для семей, которые проживают далеко от областных центров и не имеют возможности выехать на консультацию к специалисту.

П. Лаутеслагер разработал тест «Основные двигательные навыки» для измерения уровня двигательного развития ребенка с синдромом Дауна. Тест состоит из 15 разделов, соответствующих 15 основным двигательным навыкам, расположенным в последовательности, отражающей возрастание уровня постурального контроля ребенка с синдромом Дауна, то есть возрастанием его способности контролировать свое тело в покое и движении, правильно и рационально управлять своим телом. Разделы теста:

- 1) поднимает ноги лежа на спине;
- 2) поднимает руки лежа на спине;
- 3) поднимает голову лежа на спине;
- 4) опирается на локти лежа на спине;
- 5) переворачивается с живота на спину;
- 6) переворачивается со спины на живот;
- 7) сидит;
- 8) передвигается по опорной поверхности;
- 9) ходит вдоль опоры;
- 10) стоит у опоры;
- 11) встает к опоре;
- 12) самостоятельно стоит;
- 13) садится из положения лежа;
- 14) самостоятельно ходит;
- 15) самостоятельно встает [Поле, Жиянова, Нечаева].

Каждый из разделов теста разбит на стадии и уровни развития навыка, то есть в рамках каждого навыка выведена последовательность двигательных изменений, четко отражающая возрастающий уровень постурального контроля.

Двигательное развитие детей с синдромом Дауна отличается от формирования двигательных навыков детей с ДЦП, но способ организации теста двигательных навыков является примером доступного мониторинга.

Основным показателем как мониторинга детей с ДЦП, так и эффективности занятий является сформированный навык у воспитанника. В отличие от теста двигательных навыков детей с синдромом Дауна, предлагаемый нами мониторинг разделен на семь групп показателей в зависимости от того, какие мышцы задействованы в формировании и сложности выполнения движения. Помимо этого включена группа показателей наличия тонических рефлексов — одной из особенностей патологии двигательного развития детей с ДЦП, которые препятствуют формированию правильных поз ребенка и вертикализации тела.

Каждая группа состоит из двигательных действий, которые показывают сформированность различных навыков. Двигательные действия ранжируются от простого к сложному и оцениваются в баллах от 0 до 3.

Группы показателей сформированности двигательных навыков:

1. Показатели наличия тонических рефлексов.
2. Двигательные навыки нижних конечностей.
3. Ползание.
4. Двигательные навыки верхних конечностей.
5. Положение сидя.
6. Ходьба.
7. Передвижение в пространстве.

Группа показателей «Наличие тонических рефлексов» состоит из следующих двигательных действий:

1. В положении лежа на спине поднятие и опускание головы, верхние и нижние конечности лежат вдоль туловища прямые — 1 балл.

2. В положении лежа на спине ребенок поворачивает голову в сторону, при этом захватывает игрушку, находящуюся сбоку от него, подносит к себе, 2 балла.

3. В положении лежа на животе ребенок лежит, разогнув руки и ноги, может манипулировать предметами, находящимися перед ним, — 3 балла.

4. В положении лежа на спине ребенок активно поворачивает голову в сторону, за этим следует поворот туловища и конечностей (поворот на бок или на живот) — шейная выпрямительная реакция (с 4 мес.) — 3 балла.

Группа показателей «Двигательные навыки нижних конечностей»

1. Самостоятельно упражнения не выполняет. Движения производит с поддержкой взрослого — 0 баллов.

2. В положении лежа на спине поднимает согнутые в коленном суставе ноги вместе, обнимает руками в области коленного сустава — 1 балл.

3. В положении лежа на спине поднимает поочередно правую, левую ноги, согнутые в коленном суставе, — 1 балл.

4. В положении лежа на животе поднимает поочередно ноги, согнутые в коленных суставах, — 2 балла.

5. В положении лежа на спине поднимает поочередно правую, левую прямые ноги, — 2 балла.

6. В положении сидя на стуле (стопы на полу, ноги согнуты в коленных суставах под углом 90 градусов) перекаты стоп с пятки на носок — 2 балла.

7. В положении стоя у опоры перекаты стоп с пятки на носок — 3 балла.

8. В положении стоя (без опоры) перекаты стоп с пятки на носок — 3 балла.

Группа показателей «Ползание»

1. Положение лежа на животе с опорой рук на локтевые суставы — 0 баллов.

2. Переворот из положения лежа на спине в положение лежа на животе и обратно — 1 балл.

3. Сгибание/разгибание рук в локтевых суставах в положении лежа на животе — 1 балл.

4. Ползание по гимнастической скамейке с помощью одно-временного сгибания/разгибания рук в локтевых суставах — 1 балл.

5. Ползание по полу с поочередным сгибанием/разгибанием рук и ног — 2 балла.

6. Из положения лежа на животе с опорой прямых рук на кисти, подъем таза вверх и назад и сгибание ног в коленных суставах (угол сгиба коленных суставов 90 градусов) — 2 балла.

7. Ходьба на коленях с опорой прямых рук кистями на пол с поочередной сменой рук и ног — 3 балла.

8. Махи прямой ногой/рукой из положения стоя на коленях с опорой кистями на пол («трехопорная» стойка) — 3 балла.

Группа показателей «Двигательные навыки верхних конечностей»:

1. Самостоятельно упражнения не выполняет. Движения производит с поддержкой взрослого — 0 баллов.

2. Поднимает, опускает прямые руки — 1 балл.

3. Пальцы рук согнуть в кулак и разогнуть — 1 балл.

4. Захватывает предмет (игрушка), удерживает, отпускает — 1 балл.

5. Бросает (катает), ловит мяч — 2 балла.

6. Соединяет кисти рук, ладони вместе, скрепляя пальцы, — 2 балла.

7. Захватывает мелкие предметы (монеты, бусины), удерживает их, перемещает, отпускает — 3 балла.

8. Соединяет поочередно 2–5 (указательный-мизинец) пальцы каждой руки с 1 (большим) пальцем (упражнение «Колечко») — 3 балла.

Группа показателей «Положение сидя»

1. Самостоятельно упражнения не выполняет. Движения производит с поддержкой взрослого — 0 баллов.

2. Положение сидя на полу, ноги согнуты в коленных суставах скрестно перед собой, руки перед собой держатся за устойчивую опору (может быть заменено положением сидя на полу с согнутыми коленями на икроножных мышцах) — 0 баллов.

3. Положение сидя на стуле со спинкой и подлокотниками за столом, ноги согнуты в коленных суставах (угол сгиба 90 градусов), стопы горизонтально прилегают к полу — 1 балл.

4. В положении сидя на стуле со спинкой за столом, производит манипуляции с предметами, расположенными на столе, — 2 балла.

5. Положение сидя на стуле со спинкой без подлокотников и стола — 2 балла.

6. Положение сидя на табурете без спинки, ноги согнуты в коленных суставах (угол сгиба 90 градусов), стопы горизонтально прилегают к полу — 3 балла.

Группа показателей «Ходьба»

1. Стойка в положении стоя на коленях у опоры (руки держат устойчивую опору — лестницу, брусья) — 0 баллов.

2. Ходьба на коленях за «устойчивой» опорой (руки держатся за цилиндр, ходунки, стул, тележку и т. д.) — 1 балл.

3. Ходьба на коленях за «неустойчивой» опорой (руки держатся за фитбол) — 1 балл.

4. Положение стоя на стопах у опоры (руки держатся за устойчивую опору — лестницу, брусья) — 1 балл.

5. Ходьба с ходунками, цилиндром, с опорой рук на брусья — 2 балла.

6. Ходьба с опорой рук на фитбол, канаты — 2 балла.

7. Ходьба за одну руку («опорная» рука держится за брус) — 2 балла.

8. Положение стоя на стопах без опоры — 3 балла.

9. Самостоятельная ходьба — 3 балла.

Группа показателей «Передвижение в пространстве»

1. Лазанье по вертикальной гимнастической лестнице — 1 балл.

2. Подъем и спуск с платформы (вперед/назад, вправо/влево), высота 15–20 см — 2 балла.

3. Ходьба правым/левым боком приставными шагами, руки держатся за брусья — 2 балла.

4. Подъем и спуск правым/левым боком по лестнице, держась руками за поручни, 10 ступеней — 2 балла.

5. Подъем и спуск по лестнице, держась одной рукой за поручень, 10 ступеней — 3 балла.

6. Езда на велосипеде (3–4-колесном) — 3 балла.

7. Ходьба на мини-лыжах — 3 балла.

На основе мониторинга составляется карта обследования двигательных навыков детей с ДЦП, которая изображена в табл. 2.

Таблица 2

**Карта обследования двигательных навыков детей дошкольного
возраста с ДЦП**

№ п/п	Наименование группы показате- лей	0 бал- лов		1 балл			2 балла			3 балла			Итог
1	Наличие тониче- ских рефлексов			1			2			3	4		
2	Двигательные навыки нижних конечностей		1		2	3	4	5	6	7	8		
3	Ползание		1	2	3	4	5	6		7	8		
4	Двигательные навыки верхних конечностей		1	2	3	4	5	6		7	8		
5	Положение сидя	1	2	3			4	5		6			
6	Ходьба		1	2	3	4	5	6	7	8	9		
7	Передвижение в пространстве			1			2	3	4	5	6	7	
Итоговая сумма													

Цифры в данной таблице соответствуют порядковому номеру двигательного действия в группах показателей. Приведем пример: ребенок самостоятельно выполняет третье действие из группы «Ползание», а именно: сгибание/разгибание рук в локтевых суставах в положении лежа на животе с продвижением вперед (например, на гимнастической скамье). Действия 4–8 в данной группе не выполняет. Соответственно, количество баллов за эту группу — 1 балл. Двигательные действия, которые ребенок выполняет, выделяются в карте. После полного обследования ребенка данные суммируются. При сравнении итоговых сумм в начале педагогического эксперимента и в конце можно определить динамику формирования двигательных навыков.

В процессе абилитации детей с ДЦП невозможно отдельно рассматривать два процесса: формирование двигательных навыков и навыков самообслуживания. Для успешности процесса

абилитации необходимо комплексное воздействие не только на ребенка, но и на всю его семью, междисциплинарный подход в разработке занятий.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Кто является автором термина «детский церебральный паралич»?
2. Какую форму ДЦП называют болезнью Литтла и почему?
3. Перечислите основную классификацию форм ДЦП, применяемую в России.
4. Охарактеризуйте физические особенности различных форм ДЦП.
5. При какой форме ДЦП психофизические особенности являются наиболее тяжелыми?
6. Охарактеризуйте психические особенности различных форм ДЦП.
7. Перечислите и охарактеризуйте наиболее распространенные методы физической реабилитации детей с ДЦП.
8. Какой стиль воспитания чаще всего присутствует в семьях с детьми с ДЦП?
9. Какие существуют диагностические методики диагностики двигательных навыков детей с ДЦП?
10. Дайте определение слову «пиктограмма» и объясните суть ее использования.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЕ ССЫЛКИ

Акатов Л. И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М. : Гуманит. изд. центр «ВЛАДОС», 2003. 368 с.

Акош К. Помощь детям с церебральным параличом. Кондуктивная педагогика. М. : Изд-во «Улисс», 1994. 196 с.

Антонов И. П. Клиническая классификация заболеваний периферической нервной системы // Невропатологии и психиатрии им. С. С. Корскова. 1985. № 4. С. 481–487.

Арнаутова Е. П., Иванова В. М. Общение с родителями: зачем? как? М. : Проф. образование, 1993. 59 с.

Арсенова Л. А. Зависимость психического развития детей с особыми потребностями от семейных отношений // *Коррекционная педагогика: теория и практика.* 2006. № 5. С. 71–73.

Бадалян Л. О. Актуальные проблемы эволюционной неврологии и развитие мозга ребенка. Методологические аспекты науки о мозге. М. : Медицина, 1983. 267 с.

Бадалян Л. О. Детская неврология : учеб. пособие. М. : Медпрессинформ, 2001. 607 с.

Бадалян Л. О., Журба Л. Т., Тимонина О. В. Детские церебральные параличи. Киев : Здоровье, 1988. 330 с.

Брейтман М. Я. О клинической картине детского головного-мозгового паралича (Paralysis cereбрalis infantilis) : дис. д-ра медицины. СПб., 1902. 180 с.

Бронников В. А. Способ лечения спастических форм детских церебральных параличей. Патент РФ 2171666 от 2001.08.10. Кл. МКИ: А 61 Н 33/00.

Власова Т. А., Певзнер М. С. О детях с отклонениями в развитии. М. : Педагогика, 1973. 175 с.

Выготский Л. С. Собрание сочинений : в 6 т. Т. 5 : Основы дефектологии. М. : Педагогика, 1983. 369 с.

Гадирова Н. Г. Реабилитация детей с ограниченными возможностями физического здоровья в социокультурной среде Германии : автореф. дис. ... канд. пед. наук. М., 2002. 22 с.

Детский церебральный паралич / В. А. Бронников, О. К. Малышева, А. В. Одинцова и др. Пермь : Здравствуй, 2001. 256 с.

Дружинин В. Н. Психология семьи. 3-е изд. СПб. : Питер, 2005. 176 с.

Зинкевич-Евстигнеева Т. Д., Нисневич Л. А. Как помочь «особому» ребенку. Книга для педагогов и родителей. 3-е изд. СПб. : Детство-пресс, 2005. 128 с.

Калижнюк Э. С. Психические нарушения при детских церебральных параличах. Киев : Вища школа, 1987. 272 с.

Каппелле Б., Фарричелли М. Лица с физическими аномалиями // Основы ортопедagogики. Lonven, Yarrant. 1999. № 3. С. 101–174.

Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М. : Медицина, 1985. 288 с.

Козьявкин В. И., Шестопалова Л. Ф., Подкорытов В. С. Детские церебральные параличи. Медико-психологические проблемы. Львов : НВФ «Украинские технологии», 1999. 143 с.

Мамайчук И. И. Динамика некоторых видов познавательной деятельности у дошкольников с церебральным параличом // Дефектология. 1976. № 3. С. 36–39.

Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. СПб. : Речь, 2001. 220 с.

Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В. Нарушение речи у детей с церебральным параличом : книга для логопедов. М. : Просвещение, 1985. 192 с.

Меерсон Ф. З. Адаптация, стресс и профилактика. М. : Наука, 1981. 281 с.

Мишина Г. А. Пути формирования сотрудничества родителей с детьми раннего возраста с отклонениями в развитии : дис. ... канд. пед. наук. М., 1998. 163 с.

Морозова Е. И. Дошкольное воспитание детей с ограниченными возможностями // Дефектология. 1998. № 3. С. 10–12.

Набойченко Е. С., Блохина С. И. Психологическое сопровождение семьи, имеющей ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Екатеринбург : Бонум, 2004. 132 с.

Новоторцева Н. В. Словарь по коррекционной педагогике и специальной психологии : учеб. пособие / сост. Н. В. Новоторцева. Ярославль : Академия развития, 1999. 144 с.

Подласый И. П. Педагогика: 100 вопросов — 100 ответов : учеб. пособие для вузов. М. : ВЛАДОС-пресс, 2004. 365 с.

Поле Е. В., Жиянова П. Л., Нечаева Т. Н. Двигательное развитие ребенка с синдромом Дауна : пособие для специалистов. М. : Благотворительный фонд «Даунсайд Ап»; ПРОБЕЛ-2000, 2008. 80 с.

Потатчук А. А., Машаду И. П. Адаптивная физическая культура в работе с детьми, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата (при заболевании детским церебральным параличом). СПб. : Речь, 2003. 228 с.

Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 17 октября 2013 г. № 1155 г. Москва «Об утверждении Федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования».

Репина А. И. Адаптивная физическая культура как средств развития двигательной сферы и формирования навыков самообслуживания у детей с церебральным параличом : дис. ... канд. пед. наук. Екатеринбург, 2008. 147 с.

Сагдуллаев А. А. О проблемах отношений в семьях, имеющих детей с отклонениями в развитии // Дефектология. 1990. № 4. С. 75–79.

Семенов И. В. Вопросы этиопатогенеза детского церебрального паралича. М. : Медицина, 2000. 557 с.

Семенова К. А. Мастюкова Е. М., Смуглин М. Я. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. М. : Медицина, 1972. 185 с.

Семенова К. А., Махмудова Н. М. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом. Ташкент : Медицина, 1979. 487 с.

Семенова К. А., Танюхина Э. И., Старобина Е. М. Комплексная реабилитация детей с церебральным параличом : метод. рекомендации. М. : НВТ БИМК-Д, 1998. 439 с.

Смирнова И. А. Специальное образование дошкольников с ДЦП : учеб.-метод. пособие. СПб. : «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2003. 160 с.

Спиваковская А. С. Как быть родителями. М. : Педагогика., 1986. 160 с.

Стребелева Е. А. Современные формы помощи семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии // Дефектология. 2005. № 1. С. 3–10.

Терапия с основами реабилитации : учеб. пособие для медучилищ / Н. И. Аришневская, А. Н. Стожаров, Н. Н. Силивончик, Т. В. Мохорт. Минск : Вышэйш. шк., 1998. 378 с.

Качева В. В. Семья ребенка с отклонениями в развитии: Диагностика и консультирование М. : Книголюб, 2008. 144 с.

Устинова Е. В. Преодоление эмоциональных нарушений у дошкольников с церебральным параличом в процессе оптимизации их отношений с родителями // Дефектология. 2005. № 1. С. 52–56.

Финк А. Кондуктивная педагогика А. Петё: Развитие детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. М. : Изд. центр «Академия», 2003. 136 с.

Целевич Т. И. Социально-педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с тяжелыми формами церебрального паралича на этапе его подготовки к школьному обучению : дис. ... канд. пед. наук. Омск, 2008. 214 с.

Шамарин Т. Г., Белова Г. И. Возможности восстановительного лечения детских церебральных параличей. Элиста : АПП «Джангар». 1999. 168 с.

Шапкова Л. В. Частные методики адаптивной физической культуры : учеб. пособие. М. : Сов. спорт, 2004. 464 с.

Шипицина Л. М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушениями интеллекта. СПб. : Дидактика Плюс, 2002. 496 с.

Шипицына Л. М., Мамайчук И. И. Детский церебральный паралич. СПб. : Изд-во «Дидактика Плюс», 2001. 272 с.

Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. СПб. : Питер, 2001. 656 с.

Ялтаева Н. В. Социально-психологическая работа с семьями детей с ограниченными возможностями. М. : Просвещение, 2002. 480 с.

Bobath B. Control of Posture and Movement in the Treatment of Cerebral Palsy // Physiotherapy. 1953. Vol. 39, № 5. P. 99–104.

Bobath K. The normal postural reflex mechanism and its deviation in children with cerebral palsy // Physiotherapy. 1971. Vol. 57, № 11. P. 515–525.

Finnie N. R. Handling the young cerebral palsied Child at Homo. London, Medical Books, 1987. 487 p.

Little W. V. On the influence of abnormal parturition difficult labour, prematurity and physical condition of the child, especially in relation to deformities // Transaction of the the obsterical society of London. 1862. Vol. VIII. P. 560–575.

Schuchardt E. Why me?: Learning to live in crises. World Council of Churches, 2005. 172 p.

МЕТОДИКА ОБУЧЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ САМОРЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПРИ ТРАВМАХ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА

§ 1. Особенности травмы позвоночника в грудном и поясничном отделах с повреждением спинного мозга

Повреждения позвоночника причисляют к числу наиболее тяжелых травм. Распространенность травм позвоночника с повреждением спинного мозга составила 29,7 случаев на 1 000 000 населения России в год [Травматология, с. 502]. Существенная доля больных с травмами позвоночника приходится на трудоспособный возраст. Среди пострадавших значительная часть — мужчины [Белова].

Травмы позвоночника с повреждением спинного мозга приводят к продолжительному нарушению опорной и двигательной функций конечностей, что увеличивает продолжительность нетрудоспособности. В связи с этим проблема восстановления трудоспособности больных с травматической болезнью спинного мозга имеет не только медицинское, но и социальное значение.

Тяжесть травмы и ее последствия в существенной мере зависят от характера и сложности повреждения спинного мозга. Среди травм спинного мозга выделяют сотрясение, ушиб, сдавливание мозгового вещества, размозжение с частичным нарушением анатомической целостности или полным перерывом спинного мозга, гематомиелию, эпидуральное или субдуральное кровоизлияние, травму корешков [Карепов].

В большинстве случаев встречается сочетание выше перечисленных форм.

Последствия травм позвоночника с повреждением спинного проявляются двигательными, чувствительными, трофическими и тазовыми расстройствами [Попов].

Двигательные нарушения выражаются в виде параличей или парезов конечностей; чувствительные проявляются гравитационными расстройствами, при которых пропадает ощущение тяжести конечностей и их пространственного положения. Трофические расстройства приводят к развитию мышечных гипотрофий и атрофий, которые ведут к распаду тканей и образованию пролежней и язв. Функции тазовых органов нарушаются по типу задержки или недержания отправления, расстраивается половая функция.

Повреждение спинного мозга может быть полным или частичным. Полное нарушение проводимости спинного мозга наступает в результате его анатомического перерыва. При этом отмечаются грубые дефекты функций органов, иннервация которых осуществляется сегментами спинного мозга, расположенными ниже уровня травмы [Травматология]. Частичное повреждение проявляется в виде пареза или паралича мышц, тазовыми и чувствительными расстройствами, на фоне которых имеются признаки (наличие каких-либо движений и/или чувствительности ниже уровня поражения), свидетельствующие о частичной сохранности проводимости спинного мозга [Белова].

Повреждения в грудном отделе позвоночника, помимо локомоторных расстройств и изменения тонуса мышц нижних конечностей, часто сопровождаются выраженными нейротрофическими нарушениями, что обусловлено топографо-анатомическими особенностями спинного мозга (на этом уровне располагаются вегетотрофические центры). Расстройства отправления при этом носят проводниковый характер. При повреждении поясничного отдела спинного мозга моторные, тонические и трофические нарушения особенно грубы, а тазовые функции нарушаются по периферическому типу.

Расстройства в деятельности ряда органов и систем, непосредственно не пострадавших при травме, создают многообразные новые патологические ситуации. В зоне повреждения развиваются воспалительные и слипчивые процессы, нарушается кровообращение, возникают блокада подпаутинного пространства и вторичная компрессия спинного мозга, образуются мышечные контрактуры, органно-функциональные трансформации в мочевыводящей системе, характеризующиеся камнеобразованием, воспалением, почечной недостаточностью. А появление пролежней и трофических язв

нередко приводит к остеомиелиту костей. Расстройства минерального обмена провоцируют возникновение остеопороза, остеомаляции, дистрофической кальцификации интерстициальной ткани [Васильева; Жиленкова; Журавлева, Граевская; Карепов; Попов].

Повреждение верхнегрудного отдела спинного мозга сопровождается параличом или парезом дыхательной мускулатуры грудной клетки, в частности межреберных мышц, что приводит к резкому ослаблению дыхания. Повреждение на уровне Th3–5 сегментов, в боковых рогах которых находятся вегетативные клетки, осуществляющие иннервацию сердца, может сопровождаться нарушением сердечной деятельности в виде аритмии, ослабления сердечных сокращений и др. Повреждение на уровне Th10–12 сегментов приводит к параличу мышц брюшного пресса. Повреждение на уровне верхнегрудного и среднегрудного отдела спинного мозга сопровождается параличом мышц спины [Белая; Журавлева, Граевская].

При повреждении грудного отдела спинного мозга развиваются следующие клинические проявления:

- формирование спастического паралича нижних конечностей (поражаются аксоны центральных мотонейронов кортикоспинального тракта), периферических параличей, соответствующих миотомов за счет поражения передних рогов спинного мозга, в результате чего развивается дыхательная недостаточность (Th2, Th10–12), расстройства сердечной деятельности (Th3–5);

- двусторонняя утрата всех видов чувствительности по проводниковому типу ниже уровня поражения и по сегментарному, в соответствующих дерматомах;

- расстройство функций тазовых органов по центральному типу;

- грубые сосудисто-дистрофические нарушения в соответствующем сегменте и ниже лежащих сегментах.

Повреждение поясничного отдела спинного мозга имеет определенную клинику:

- периферический (вялый) паралич нижних конечностей в результате поражения передних рогов L1–S2, иннервирующих нижние конечности;

- тазовые нарушения по центральному типу;

- вегетативные сосудисто-трофические нарушения в зоне соответствующих сегментов спинного мозга и ниже лежащих сегментов [Карепов].

В зависимости от уровня повреждения параличи и парезы могут быть вялыми или спастическими. Возможны и сочетания, например, вялый паралич нижних конечностей со спастическим параличом верхних. Нарушение чувствительности, в том числе мышечно-суставного чувства, сопровождается гравитационными расстройствами, при которых теряется ощущение тяжести конечностей и их пространственного положения.

Степень выраженности указанных симптомов зависит от уровня травмы по «длиннику» и «поперечнику» спинного мозга, клинической формы повреждения, характера повреждения, а также от тяжести и обширности травмы. Кроме того, возникают нарушения в областях тела, иннервируемых очагом поражения, а также появляются угнетение и функциональное нарушение ряда органов и систем органов, непосредственно не пострадавших от травмы, в виде гомеостаза, обмена веществ, иммунных реакций и нервно-психической сферы больного.

Повреждение спинного мозга может быть первичным (во время получения травмы и при поступлении имеется явный неврологический дефицит) или вторичным (неврологический дефицит появляется спустя некоторое время после травмы и зависит от развивающегося отека спинного мозга и сдавления его костными отломками тел или дужек позвонков) [Травматология и ортопедия; Травматология].

Очень важным фактором является выявление степени обратимости изменений, произошедших вследствие полученной травмы. Всего выделяют три группы. Первая группа — больные, у которых после устранения сдавления спинного мозга хирургическим путем наступает практически полное восстановление его функций. Вторая группа (более многочисленная) — больные, у которых после устранения сдавливания спинного мозга часть его нарушенных функций восстанавливается, а некоторая часть оказывается весьма стойкой. Третья группа — больные, у которых в большинстве случаев имеет место анатомический или функциональный перерыв спинного мозга. Это наименее обратимые изменения спинного мозга [Епифанов].

Изучение причин и последствий травмы позволяет правильно построить комплекс мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний, связанных с повреждением спинного мозга и проведение обоснованной методики двигательной самореабилитации.

§ 2. Понятие, принципы методики обучения двигательной самореабилитации больных после выписки из стационара

Для полного понимания содержания данного раздела необходимо наиболее полно и подробно дать определение понятия «методика двигательной самореабилитации».

Методику двигательной самореабилитации больных с травмами позвоночника в грудном и поясничном отделах с повреждением спинного мозга после выписки из стационара можно рассматривать:

- как специальную систему средств адаптивной физической культуры;

- как систему методов (по характеру познавательной деятельности: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный, проблемного изложения; спортивной тренировки: расчлененно-конструктивный и целостно-конструктивный, соревновательный, контрольный);

- как систему методических приемов обучения двигательным действиям (распределение нагрузки на различные мышечные группы в течение дня; выполнение физических упражнений в исходных положениях, облегчающих движение конечностей; самостоятельное выполнение пассивных упражнений; использование различных приспособлений, уменьшающих вес и трение парализованных конечностей) на основе персонального тренинга, отражающего соответствие целей, процесса и результата обучения, что в совокупности обеспечивает восстановление нарушенных функций организма больного и его социализацию через участие в соревнованиях среди инвалидов.

Методика обучения двигательной активности состоит из комплексов физических упражнений, самомассажа разных частей тела, гидропроцедур, реализуемых программой в процессе индивидуальных, теоретических, методических и практических занятий, с учетом физических возможностей движения.

Самореабилитация основывается на следующих основных принципах:

Принцип возможности (доступности) предполагает самостоятельное выполнение физических упражнений с минимальной помощью со стороны близких.

Принцип раннего начала проведения двигательной самореабилитации. Раннее введение в лечебный процесс восстановительных мероприятий, соответствующих психофизическому состоянию человека, обеспечивает более благоприятное течение и исхода заболевания и является одним из моментов предупреждения инвалидности. Временной срок использования данного принципа зависит от состояния больного и типа патологии [Попов].

Принцип комплексности и максимальной двигательной активности в течение дня. Данный принцип предполагает рациональное распределение комплексов физических упражнений различной направленности на решение задач двигательной самореабилитации, использования всех доступных и необходимых восстановительных мероприятий.

Индивидуализация программы двигательной самореабилитации. В процессе составления индивидуальной программы самореабилитации необходимо учитывать индивидуальные особенности больного (возраст, пол, состояние здоровья) и особенность травмы, потому что в большинстве случаев тяжесть травмы различается количеством повреждений позвоночника и степенью повреждения спинного мозга.

Этапность двигательной самореабилитации. Переход от этапа к этапу осуществляется по мере восстановления утраченных функций организма, от активных и пассивных физических упражнений лечебной гимнастики к целенаправленным силовым упражнениям на блоках и с эспандерами.

Принцип контроля и самоконтроля обеспечивает получение достоверной информации о состоянии самообразования и его эффективности.

Обязательным условием успешности самореабилитации является проведение вводных теоретических занятий с целью ознакомления с влиянием физических упражнений на организм больного и возможными реакциями организма на нагрузку, особенностями выполнения упражнений, методикой проведения простых тестов оценивания физического состояния, правилами заполнения дневника самоконтроля и т. д. Перед началом каждого этапа необходимо провести методическое занятие, задачей которого является ознакомление с методическими особенностями выполнения комплексов физических упражнений и конкретного двигательного действия.

Основными *методическими условиями* обеспечения эффективности тренировочного процесса выступают:

- рациональное планирование тренировочного процесса с учетом этапа двигательной самореабилитации, условий практического занятия, функционального состояния больного, тяжести травмы, учета особенностей бытовых условий;

- оптимальная организация тренировок, обеспечивающая рациональное соотношение различных средств физической культуры, направленность и характер тренировочных нагрузок, их динамическое развитие;

- рациональное сочетание в тренировочном процессе общих и специальных средств восстановления;

- увеличение двигательной активности испытуемого в течение дня путем рационального распределения нагрузки и применяемых средств физической культуры, для скорейшего восстановления в кратчайшие сроки утраченных функций;

- систематический педагогический, врачебный контроль и самоконтроль за функциональным состоянием, переносимостью тренировочных нагрузок и необходимостью коррекции тренировочного процесса больных с учетом этих данных.

Восстановление утраченных функций и сохранение здоровья играют ведущую роль в двигательной самореабилитации.

Одними из актуальных *информационных условий* современного обучения двигательной самореабилитации является программное мультимедийное обеспечение, предназначенное для овладения умениями правильно выполнять целенаправленные физические упражнения, рационально планировать физическую нагрузку, а также приемы самомассажа и последовательность применения гидропроцедур в структуре занятия. Мультимедийные программы представляют собой демонстрационный материал для овладения комплексами физических упражнений на развитие функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем, силовых и координационных способностей на формирование правильной осанки и др.

§ 3. Программа двигательной самореабилитации больных с травмами позвоночника и спинного мозга после выписки из стационара

Программа двигательной реабилитации представляет собой изложение содержания обучения больного к предстоящим действиям самореабилитации в процессе индивидуальных теоретических, методических и практических занятий с учетом силовых и координационных способностей больных конечностей и степени развития групп мышц, участвующих в вертикализации, объема и интенсивности физической нагрузки (табл. 3). Программы составляются на основе персонального тренинга.

Таблица 3

**Программа индивидуальных занятий двигательной
самореабилитации больных после выписки из стационара**

№ п/п	Наименование занятий	Всего (часов)	Периоды реабилитации (этапы)					
			1	2	3	4	5	6
I	Теоретические (беседы)	20	10	2	2	2	2	2
II	Методические	10	5	1	1	1	1	1
III	Практические	156	13	13	26	26	26	52
IV	Контрольные	10	5	1	1	1	1	1
	Теория (опрос)	7	2	1	1	1	1	1
	Методика (компьютер- ный тест, опрос, пробы)	7	2	1	1	1	1	1
	Практика (тесты)	8	2	2		2		2
	Итого:	218	39	21	32	34	32	60

При составлении программы реабилитации необходимо учитывать следующие индивидуальные особенности больного: возраст, тяжесть травмы позвоночника и спинного мозга, вторичные нарушения деятельности органов и систем организма, способность выполнять физические упражнения и приемы лечебного самомассажа, срок с момента получения травмы и уровень физической подготовленности.

Теоретические индивидуальные занятия с больным и его близкими проводятся на начальном этапе самореабилитации. Задачи данного этапа:

- ознакомление с изменениями, происходящими в организме при данных травмах позвоночника с повреждением спинного мозга;
- обучение использованию методов контроля и самоконтроля в процессе проведения занятий;
- организация здорового стиля жизни больного;
- ознакомление с возможными реакциями организма на физическую нагрузку во время занятий и после них;
- особенности коррекции содержания занятий (при ухудшении функционального состояния больного);
- ознакомление с правилами ведения дневника самоконтроля.

Методические занятия проводятся после теоретических. Задачи методических занятий:

- ознакомление с особенностями выполнения комплексов физических упражнений разной направленности в лечебной гимнастике;
- применение самомассажа, гидропроцедур и специального питания.

Практические занятия реализуются после теоретических и методических занятий. Главное значение имеет постановка цели в двигательной самореабилитации, которой больной желает добиться в процессе тренировочных занятий. Чаще всего он ставит перед собой цель — «быстрее встать на ноги и начать ходить», но это в корне неправильно, так как первостепенной целью для больного должна быть подготовка организма к предстоящей вертикализации. Поэтому необходимо нормализовать работу всех систем и органов больного, развить и укрепить «мышечный корсет», восстановить силу мышц, координацию движений парализованных нижних конечностей и т. д. В последующем больной приступает к выполнению реабилитационной программы, которая включает последовательное выполнение конкретных средств оздоровительной и адаптивной физической культуры.

Распределение двигательной нагрузки в течение недели при способности больного к перемещению без посторонней помощи, возможность выполнения самообслуживания применяется следующая организация занятий.

Занятия проводятся три раза в неделю. Лечебная гимнастика в сочетании с самомассажем и гидропроцедурами в процессе занятия выполняется в следующей последовательности:

1. Прогревание соответствующего сегмента позвоночника.
2. Массаж или самомассаж мышц спины.
3. Прогревание парализованной конечности.
4. Выполнение самомассажа здоровой конечности.
5. Выполнение самомассажа парализованной конечности (если парализованы обе конечности, можно начинать самомассаж с любой конечности).
6. Выполнение лечебной гимнастики.
7. Комплекс физических упражнений, направленный на формирование и закрепление навыка правильной осанки.
8. Комплекс физических упражнений, направленный на восстановление координации движений.
9. Комплекс физических упражнений, направленный на восстановление утраченных функций пораженной руки.

Направленность физических упражнений в процессе тренировочных занятий в течение недели распределяется следующим образом:

Понедельник — мышцы ног и мышцы брюшного пресса.

Среда — мышцы рук.

Пятница — мышцы спины.

Применяемые физические упражнения в процессе двигательной самореабилитации и их распределение в течение года для лиц трудоспособного возраста, способных к перемещению без посторонней помощи представлены в табл. 4.

Перед самомассажем применяются следующие способы разогрева пораженной конечности: 1) больной надевает теплую шерстяную или хлопковую одежду и не снимает ее до появления ощущения тепла; 2) опускает конечность в теплую воду (температура воды 36–38 °С) на несколько минут [Дубровский, 1995]. Данная процедура необходима по причине недостаточного кровоснабжения и нарушения трофической иннервации в мышцах парализованной конечности [Дунаев].

Также с помощью грелки осуществляется прогревание сегментов позвоночника: при параличе верхних конечностей — шейного отдела позвоночника, при параличе нижних конечностей — нижнего

Таблица 4

**Тематический план занятий больных трудоспособного возраста
при травмах позвоночника с повреждением спинного мозга**

Название	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август
Пассивные упражнения	+											
Упражнения на осанку		+	+	+	+	+	+					
Дыхательные упражнения	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
Упражнения на координацию			+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Упражнение на разработку подвижности позвоночника			+	+	+	+	+	+				
Упражнения с эспандерами									+	+		
Упражнения на блоках											+	+

грудного и поясничного отдела. Далее выполнялся самомассаж перечисленных отделов позвоночника [Дунаев].

Основным массажным приемом, используемым в процессе самомассажа, является поглаживание. При отсутствии болевых ощущений в месте травмы можно применять слабое растирание или неглубокое разминание. При значительной травме позвоночника допускается только поглаживание тыльной стороной кисти в месте травмы или выполнение самомассажа вокруг места травмы.

Самомассаж при поражении верхней и нижней конечностей с одной стороны тела разделяется на два сеанса. В первом сеансе массируют шейный отдел позвоночника и руки. Во втором сеансе — нижнюю часть грудного отдела и поясничный отдел и ноги.

Сеансы чередуются с целью деления нагрузки и снижения степени утомления больного.

Самомассаж начинают со здоровой конечности. В результате происходит перенос частичного положительного эффекта от выполнения самомассажа здоровой конечности на парализованную. Вначале выполняют поглаживание рукой, затем проводят растирание (если это возможно) и заканчивают поглаживанием, при параличе обеих конечностей самомассаж можно начинать с любой конечности [Бирюков; Васичкин; Дубровский, 2000].

Затем переходят к самомассажу больной конечности: поглаживание и растирание. Разминание проводят только в том случае, если оно не вызывает болевых ощущений. Вибрацию и ударные приемы не применяются. Каждый прием выполняли 3–5 раз. Не допускается длительное выполнение самомассажа, так как это может вызвать утомление мышц больной конечности [Бирюков; Дубровский, 1995]. После выполнения самомассажа надевается теплая одежда для сохранения пролонгированного эффекта.

После самомассажа выполняется лечебная гимнастика.

Продолжительность первых 5–7 сеансов самомассажа конечностей — 3–4 мин., далее она возрастает до 10–15 мин. Самомассаж применяется в процессе каждого занятия. Перед выполнением самомассажа массируемая поверхность должна быть сухая и чистая.

3.1. Методика лечебной гимнастики при вялом периферическом параличе нижних конечностей

Лечебная гимнастика составляет неотъемлемую часть реабилитации больных с травмами позвоночника с повреждением спинного мозга. Построение процесса реабилитации таких больных имеет строго индивидуальный характер. Несмотря на возросшее количество случаев получения данной травмы, практически невозможно встретить две идентичных травмы. Всегда будут различия по функциональным особенностям: поврежденный сегмент позвоночника; степень повреждения спинного мозга; зависимость оперативного вмешательства; наличие сопутствующих травм; возможность осложнений и др. Также будут различия в возрасте и времени начала реабилитации. В связи с этим реабилитационная программа должна составляться в соответствии с индивидуальными особенностями больного.

В разработанной методике двигательной самореабилитации восстановление больных с травмами позвоночника в грудном и поясничном отделах с повреждением спинного мозга после выписки из стационара осуществляется на основе персонального тренинга.

Персональный тренинг представляет собой совместную деятельность инструктора-методиста АФК и больного. Этот процесс состоит из следующих фаз: подготовка, диагностика, планирование действий, реализация, завершение. Каждая фаза имеет конкретное содержание (табл. 5).

Методика применения лечебной гимнастики в сочетании с массажем и гидропроцедурами для больных с травмами позвоночника с повреждением спинного мозга после выписки из стационара осуществляется с применением специальных физических упражнений, разнообразных методов познавательной деятельности и спортивной тренировки, а также приемов, способствующих овладению методическими, двигательными, бытовыми, профессиональными умениями и навыками, приводящими к их восстановлению и укреплению.

Лечебная гимнастика включает целенаправленные физические упражнения: дыхательные и силовые; упражнения на формирование и закрепление навыка правильной осанки, координацию движений парализованных конечностей, из которых формируются комплексы физических упражнений.

Таблица 5

Содержание персонального тренинга

№ п/п	Название фазы	Содержание фазы		
1	Подготовка	А) Первый контакт с больным	Б) Предварительный диагноз проблемы	В) Проектирование его личной программы
2	Диагностика	А) Сравнительный анализ		
3	Планирование действий	А) Выработка решений	Б) Предложение клиенту решения	
4	Реализация	А) Помощь в осуществлении программы	Б) Коррекция программы	
5	Завершение	А) Оценка результатов программы	Б) Планы на будущее	

Важным дополнением к лечебной гимнастике является выполнение самомассажа с применением следующих приемов: поглаживание, растирание, разминание, потряхивание. Самомассаж выполняется перед началом лечебной гимнастики [Качесов].

Особенность методики двигательной самореабилитации заключается в постепенном переходе от специальных упражнений, применяемых в лечебной гимнастике, к упражнениям на блоках, разработанным В. И. Дикунем [Кузнецов]. Тренировочные занятия на блоках основываются на специфических принципах физического воспитания:

- непрерывности процесса занятий на протяжении всего времени двигательной самореабилитации;
- системного чередования нагрузок и отдыха в процессе тренировки и режиме дня;
- постепенного наращивания развивающе-тренирующих воздействий силовой тренировки с отягощениями для лиц с низким уровнем физической подготовленности;

- дозированного использования применяемой нагрузки в соответствии с функциональными возможностями больных;
- циклического проведения тренировочных занятий.

В разработанной методике двигательной самореабилитации комплексы упражнений В. И. Дикуля динамического характера дополняются статическими упражнениями (удержание определенной позы или положения). Исключаются физические упражнения, способные вызвать повторение травмы. К ним мы относимся упражнения, при выполнении которых происходит значительная вертикальная нагрузка на позвоночник или травмированные позвонки. Содержание лечебной гимнастики предполагает последовательное выполнение комплексов физических упражнений в конкретном периоде и этапе с определением цели. При выполнении упражнений на координацию не допускается значительное утомление парализованных конечностей.

Содержание разработанной методики двигательной саореабилитации направлено на повышение функциональных возможностей дыхательной и сердечно-сосудистой систем, восстановление основных физических качеств, формирование навыков правильной осанки больного после полученной травмы. Направленность упражнений и компоненты физической нагрузки зависят от цели периода и задачи конкретного этапа (табл. 6).

Первый период (восстановительный-постстационарный). Все упражнения выполняются в исходном положении (и. п.) лежа на спине и животе. Частота занятий — три раза в неделю.

Первый этап (до 30 дней). На данном этапе выполняются физические упражнения лечебной гимнастики (общеразвивающие, специальные дыхательные упражнения, упражнения на осанку). Длительность занятия на 1-м этапе курса двигательной самореабилитации составляет 10–15 мин.: один подход — по 2–4 раза в каждом упражнении, темп медленный.

Особое внимание уделяется обучению больных правильному дыханию: грудному и брюшному для ликвидации изменений, связанных с длительным нахождением больного в положении лежа.

Второй этап (31–60 дней). К физическим упражнениям первого этапа добавляются упражнения на развитие координации поврежденных нижних конечностей: ходьба с сохранением правильной

Содержание лечебной гимнастики при вялом периферическом параличе нижних конечностей

№ этапа	Исходное положение	Продолжительность занятия	Количество подходов	Количество раз	Содержание, рекомендации
1	Лежа на спине, животе	10–15 мин., 3 раза в неделю	1	2–4	Упражнения лечебной гимнастики и на осанку. Не допускается подъем ног выше 45°
2	Лежа на спине, животе	20–25 мин., 3 раза в неделю	1	5–6	К упражнениям 1-го этапа добавляются упражнения на развитие координации поврежденных конечностей
3	Лежа на спине и животе, коленно-кистевое, на коленях, стоя	30–35 мин., 3 раза в неделю	2 подхода (1–3 на блоках)	6–8	К упражнениям первых двух этапов добавляются несколько упражнений на блоках
4	Лежа на спине и животе, коленно-кистевое, на коленях, стоя	40–45 мин., 3 раза в неделю	2 подхода (1–3 на блоках)	8–10	К упражнениям на блоках, кроме выполнения в исходного положения стоя, добавляется несколько упражнений в положении лежа
5	Лежа на спине и животе, стоя, сидя	40–45 мин., 3 раза в неделю	2 подхода (1–3 на блоках)	10–12	Вводятся упражнения в исходном положении сидя, поднимание ног в упражнениях лежа до 90°
6	Лежа на спине и животе, стоя, сидя	40–45 мин., 3 раза в неделю	1–5 на блоках	10–12	Упражнения только на блоках

осанки (ходьба с высоким подыманием бедра, поворотами на 90°, прохождение по прямой линии и т. д.); выполнение двигательных действий на развитие моторики рук (ловля и броски предметов, лепка из пластилина, поделки из бумаги и т. д.).

Второй период (переходный). Упражнения выполняются в и. п.: лежа на спине, животе, коленно-кистевое положение, на коленях, стоя. При выполнении физических упражнений в и.п. коленно-кистевое, спина должна быть прогнута, так как в этом положении происходит разгрузка позвоночника.

Частота занятий — три раза в неделю. Занятия характеризуются возрастанием продолжительности до 45 мин. Упражнения лечебной гимнастики, используемые в предыдущих этапах, выполняются по два подхода в среднем темпе, на блоках по 1–3 подхода в медленном темпе.

Третий этап (61–120 дней). К упражнениям первых двух этапов добавляются несколько упражнений на блоках, которые выполняются в и.п. стоя. Упражнения на блоках необходимо начинать с одного подхода и постепенно доводить до трех к концу этапа. В первую неделю упражнения на блоках выполняются: 1-й подход по 2–4 повторения. Большее количество повторений не допускается в связи с возможной отрицательной реакцией организма на данную физическую нагрузку (болевые ощущения в месте травмы, повышение давления, повышенное потоотделение). Во вторую неделю количество повторений доводится до 5–6. С третьей недели количество возрастает до двух каждого нового упражнения. А с четвертой — до трех подходов каждого упражнения. Перерыв между подходами — 2–3 мин. Упражнения выполняются с опорой (стена, стул), вес подбирается так, чтобы человек не испытывал значительного напряжения. Не рекомендуется допускать болевых ощущений в месте травмы во время выполнения упражнений. При работе на блоках требуется обратить особое внимание на правильность осанки. При осмотре сбоку правильная осанка характеризуется несколько приподнятой грудной клеткой, подтянутым животом, выпрямленными нижними конечностями и умеренно выраженными физиологическими изгибами позвоночника. Ось тела проходит через ухо, плечевой, тазобедренный сустав и середину стопы [Бубновский; Бурмистров; Дубровский, 1991; Кузнецов; Попов; Физическая

культура...]. Продолжительность занятия — 30–35 мин. Каждое упражнение выполняется 6–8 раз. Темп медленный и средний.

Четвертый этап (121–180 дней). К упражнениям на блоках, кроме выполнения в и.п. стоя, добавляются 2–3 упражнения в положении лежа. Они выполняются по той же схеме третьего этапа, то есть начинают с одного подхода по 2–4 повторения и концу периода доводят до трех подходов. Продолжительность занятия — 40–45 мин. Упражнения выполняются по 8–10 раз. Темп медленный и средний.

Во втором периоде упражнения лечебной гимнастики по мере адаптации к нагрузкам необходимо усложнять. Некоторые упражнения можно усложнять путем соединения различных простых упражнений в одно, другие упражнения выполняются с отягощениями (гантелями, утяжелителями) разного веса, с сопротивлением, создаваемым инструктором.

В восстановительном и переходном периодах выполнение лечебной гимнастики в процессе тренировочных занятий осуществляется в следующей последовательности:

- комплекс целенаправленных физических упражнений;
- комплекс упражнений на формирование и закрепление навыка правильной осанки;
- комплекс упражнений на восстановление координации движений в поврежденных конечностях.

Направленность физических упражнений в занятиях в течение недели распределяется следующим образом: занятие 1 — мышцы ноги; занятие 2 — мышцы руки; занятие 3 — мышцы спины.

Третий период (тренировочный). Исходные положения для выполнения упражнений усложняются. Возрастает количество выполняемых повторений до 10–12 в каждом упражнении. Частота занятий (три раза в неделю) и продолжительность занятия (40–45 мин.) остаются такими же, как и на 4-м этапе.

Пятый этап (181–240 дней). В комплексы физических упражнений вводятся упражнения, выполняемые в и.п. сидя, при выполнении упражнений лежа ноги рекомендуется поднимать до 90°. Комплексы упражнений лечебной гимнастики выполняются по два подхода, а на блоках в исходном положении стоя и лежа — три подхода, сидя — 1–3 подхода. Темп медленный и средний.

Шестой этап (241–360 дней). В процессе данного этапа выполняются упражнения только на блоках, количество подходов увеличивается до 5. Темп средний.

Занятия проводятся три или четыре раза в неделю по одному из предложенных вариантов:

1. Понедельник, среда, пятница.
2. Понедельник, вторник — выполнение упражнений на блоках; среда — отдых; четверг, пятница — выполнение упражнений на блоках; суббота — отдых.

Для снижения физической нагрузки необходимо все упражнения одного занятия разделить на два комплекса по воздействию на группы мышц: мышцы ног и спины; мышцы живота и рук.

При занятиях по предложенной методике вес отягощений необходимо подбирать так, чтобы упражнение не вызывало трудности при выполнении и не было болевых ощущений в области травмы. Не допускается вертикальная нагрузка на позвоночник, так как велика вероятность повторения полученной травмы. По мере тренированности организма необходимо увеличивать долю выполняемых упражнений, а в дальнейшем полностью перейти на блочные упражнения, потому что упражнения лечебной гимнастики, применяемые на начальных этапах методики, становятся малоэффективными.

Комплексы упражнений на формирование и закрепление навыка правильной осанки необходимо выполнять не реже трех раз в неделю, выполнение данных упражнений менее трех раз в неделю не влечет за собой оздоровительный эффект.

Комплексы физических упражнений на восстановление координации верхних конечностей применяются со второго этапа самореабилитации и после упражнений на осанку.

Если движения выполняются со значительным усилием и практически не контролируются больным, то на парализованную конечность применяются пассивные, изометрические упражнения и добавляются дыхательные упражнения.

После того как больной начинает контролировать выполняемые действия больной конечностью, применяются упражнения со скольжением конечности по гладкой поверхности, а также упражнения, выполнение которых облегчается путем сгибания конечностей.

При самостоятельном передвижении больного используются упражнения, направленные на улучшение координации движений

(упражнения на осанку с постепенным усложнением: ходьба с остановками, выполнение полуприседаний с сохранением правильной осанки), на восстановление координации, эффективные упражнения с ловлей и метанием предметов (клубок ниток или мячик). Обязательное условие усложнения — выполнение бросков, увеличение веса предмета и уменьшение его размеров по мере выздоровления больного.

Анализ научно-методической литературы позволили выявить, что практически все упражнения, воздействующие на мышцы спины и брюшного пресса, должны выполняться с задержкой положения в крайней точке движения [Белая; Дубровский, 2001; Найдин; Попов]. Время задержки по мере тренированности возрастает с 1–2 до 8–10 с.

Эффективное выполнение комплексов физических упражнений обеспечивается соблюдением следующих организационно-педагогических условий:

- стимулирование и развитие у больного опыта самодиагностики (самопознание);
- формирование внутренней и внешней мотивации к восстановлению профессионально важных способностей;
- учет индивидуальных особенностей полученной травмы, возможных затруднений и способов их преодоления;
- наличие четко заданной цели и программы ее достижения;
- обучение больного теоретическим знаниям, практическим умениям и навыкам самоконтроля в области физической реабилитации.

При составлении комплексов физических упражнений желательно по возможности не включать упражнения, способствующие развитию силы мышц рук. Таким путем устраняется возможность развития заместительной функции ног.

При выполнении пассивных упражнений разработка проводится по направлению от центра к периферии (тазобедренный, коленный, голеностопный, пальцы — это для нижней конечности). В последующем, к проработке суставов от центра к периферии, присоединяется проработка и от периферии к центру. Темп выполнения медленный [Попов]. Обязательное условие при выполнении пассивных упражнений — следить за дыханием. При выполнении движений необходимо проговаривание выполняемых действий.

3.2. Алгоритм применения мультимедийных программ в двигательной самореабилитации больных с травмами позвоночника

В реабилитации больных мультимедийные программы применяются довольно редко, однако специалистами обоснована эффективность использования данных программ в процессе восстановления больных и лиц с ослабленным здоровьем [Ямалетдинова, Пьянзин]. Использование мультимедийных программ делает возможным сокращение времени обучения основам самостоятельных занятий, позволяет осуществлять восстановление больных в домашних условиях с минимальным участием со стороны врача и инструктора ЛФК. Данные возможности актуальны в реабилитации больных с травмами позвоночника в грудном и поясничном отделах с повреждением спинного мозга.

Существенную часть больных с данной травмой составляют люди трудоспособного возраста. Они без труда могут овладеть навыками использования мультимедийных программ [Белова]. Больные с травмой в грудном и поясничном отделах позвоночника, в отличие от больных с травмами в шейном отделе, способны на выполнение существенного количества двигательных действий даже при условии параличей и парезов нижних конечностей.

Применяемый комплекс мультимедийных программ должен способствовать формированию умений правильно выполнять целенаправленные физические упражнения, рационально планировать физическую нагрузку, приемам самомассажа, алгоритму применения гидропроцедур в структуре занятия.

Используемый комплекс программ позволяет организовать переход от занятий под руководством инструктора по ЛФК к самостоятельным занятиям. Роль инструктора сводится к вооружению больного необходимой системой знаний в ходе теоретических и методических занятий, проводимых перед началом каждого этапа двигательной самореабилитации.

Перед началом занятий с применением мультимедийных программ проводятся теоретические и методические занятия.

В состав теоретических занятий входят следующие задачи: ознакомление с изменениями, происходящими в организме при травматической болезни спинного мозга; применение методов

контроля и самоконтроля в процессе проведения занятий по разработанной методике двигательной самореабилитации; организация здорового образа жизни больного; коррекция содержания занятий при ухудшении функционального состояния больного; правила ведения дневника самоконтроля.

Данные методические занятия проводятся после курса теоретических занятий. Задачей теоретических занятий является ознакомление с мультимедийными программами, которые включают комплексы целенаправленных физических упражнений разной направленности в лечебной гимнастике, а также комплексы самомассажа в сочетании с гидропроцедурами.

После индивидуальных теоретических и методических занятий больные приступают к самостоятельным занятиям с применением разработанного комплекса программ.

Таким образом, созданный комплекс мультимедийных программ, который применяется по предложенному алгоритму, позволяет организовать самостоятельные тренировочные занятия больных в домашних условиях с минимальным участием инструктора по ЛФК, что способствует нормализации деятельности внутренних органов и систем, помогает восстановлению утраченных функций организма.

§ 4. Двигательная самореабилитация больных пожилого возраста с травмами позвоночника и спинного мозга после выписки из стационара

Прежде чем приступить к рассмотрению особенностей организации двигательной самореабилитации больных пожилого возраста с травмами позвоночника с повреждением спинного мозга, способных к перемещению без посторонней помощи, необходимо определить временные рамки данного возраста и изменения, происходящие в организме в данный период жизни.

Продолжительность пожилого возраста у женщин и мужчин колеблется от 55 до 75 лет. Данный период жизни характеризуется снижением физиологических возможностей организма, таких как работоспособность, кровообращение, дыхание. Данные показатели у пожилого человека могут уменьшаться до 50–70 %, по сравнению

с его показателями в возрасте 25–35 лет, даже если он оставался все время здоровым [Грачев].

Методика двигательной самореабилитации больных пожилого возраста с травмами позвоночника в грудном и поясничном отделах с повреждением спинного мозга, способных к перемещению без посторонней помощи после выписки из стационара, включает комплексы целенаправленных физических упражнений в сочетании с самомассажем, трудотерапией и специальным питанием.

Успешность двигательной самореабилитации больных пожилого возраста с травмами позвоночника с повреждением спинного мозга заключается в основных принципах реабилитации:

- комплексность применения всех доступных и необходимых реабилитационных мероприятий;
- индивидуализация программы двигательной самореабилитации;
- этапность двигательной самореабилитации;
- непрерывность и преемственность на протяжении всех этапов двигательной самореабилитации;
- использование методов контроля и самоконтроля адекватности нагрузок и эффективности двигательной самореабилитации.

В процессе организации двигательной самореабилитации больных пожилых с данной травмой после выписки из стационара требуется соблюдение ряда условий:

- режим сна и бодрствования больного (ложиться спать не позднее 23 часов и вставать не позднее 7 часов утра, дневной сон — не более одного часа);
- питьевой режим (необходимо употреблять не менее 2,5–3 литров воды в сутки для больного весом 70 кг);
- включение в рацион питания продуктов, содержащих витамины и микроэлементы (витамины — А, D, Е, К, микроэлементы — кальций, фосфор, марганец, медь, калий);
- применение воздушных и солнечных ванн;
- рациональный двигательный режим в соответствии с состоянием здоровья [Качесов; Полиевский, Ямалетдинова].

Основу восстановительных мероприятий занимает комплекс физических упражнений. Комплексы включают активные и пассивные физические упражнения, дыхательные упражнения.

Количество повторений в подходе по мере восстановления возрастает от 2–3 до 20–30 раз, количество подходов — от 1 до 3 [Полиевский, Ямалетдинова]. При невозможности выполнения комплекса упражнения в рамках одного занятия необходимо разбить комплекс на небольшие части и выполнять их в течение дня.

Важной особенностью людей пожилого возраста является снижение работы сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а вследствие травмы наблюдается резкое снижение жизненной емкости легких из-за нахождения больного в условиях гиподинамии. Эти факторы оказывают еще большее отрицательное влияние на организм. Для предотвращения данных изменений требуется выполнять комплексы дыхательных упражнений [Полиевский, Ямалетдинова]. Для повышения эффекта от выполнения дыхательных упражнений требуется перед ними выполнить самомассаж груди и живота. Кроме этого, самомассаж живота способствует нормализации деятельности внутренних органов.

При разработке комплексов упражнений необходимо учитывать не только особенности полученной травмы позвоночника и спинного мозга, но и возрастные изменения, происходящие в организме. Одним из серьезных осложнений, интенсивно развивающегося вследствие полученной травмы у людей пожилого возраста, является развитие такого заболевания, как остеопороз. Остеопороз — заболевание, при котором минеральная плотность костной ткани снижается, тем самым повышается риск перелома костей [Перльмуттер].

Снижение массы костной ткани является естественным процессом, но этот процесс значительно ускоряется вследствие гиподинамии [Перльмуттер], а при получении такой травмы, как травма позвоночника с повреждением спинного мозга, снижает двигательную активность к минимуму. Чтобы замедлить развитие остеопороза, требуется максимально увеличить двигательную активность больного.

Кроме увеличения двигательной активности, необходимо включить в рацион питания больных продукты, богатые витаминами и микроэлементами. Особое внимание необходимо уделить восстановлению потребности организма в кальции и витамине D. В молоке кальций находится в наилучшей форме для усвоения [Полиевский, Ямалетдинова].

Важнейшим дополнением к физическим упражнениям является самомассаж. Применяются следующие массажные приемы: поглаживание, растирание, разминание. Каждый прием выполнять 3–5 раз [Дубровский, 2002]. Предлагается наиболее оптимальный алгоритм самореабилитации:

1. Самомассаж груди и живота.
2. Дыхательные упражнения после выполнения самомассажа.
3. Прогревание соответствующего сегмента позвоночника и верхних конечностей (при наличии вялого паралича верхних конечностей).
4. Массаж спины и верхних конечностей.
5. Выполнение активных физических упражнений для укрепления мышечного корсета и увеличения подвижности позвоночника.
6. Дыхательные упражнения (в любое время дня).
7. Выполнение прогревания соответствующего сегмента позвоночника и нижних конечностей.
8. Выполнение самомассажа спины.
9. Выполнение самомассажа нижних конечностей.
10. Выполнение пассивных упражнений (для сохранения эффекта после выполнения самомассажа и пассивных упражнений необходимо надеть на больного теплые шерстяные или хлопковые штаны и носки).
11. Дыхательные упражнения — за 1–2 ч до сна.

Важным дополнением к вышеуказанным восстановительным мероприятиям является необходимость в течение дня через каждые 2–3 ч лежать на левом и правом боку, а также на животе по 2–3 мин., постепенно, по мере тренированности довести до 10–15 мин.

Кроме выполнения комплексов физических упражнений и самомассажа в сочетании с гидропроцедурами, необходимо применять трудотерапию. Трудотерапия на ранних этапах двигательной самореабилитации у лиц пожилого возраста имеет практически только психологический характер [Дубровский, 1995].

Продолжительность занятий трудотерапией нужно увеличивать от 2–3 до 10–15 мин. 2–3 раза в день [Дубровский, 1995]. Не допускается существенное утомление при проведении трудотерапии. Абсолютные противопоказания к трудотерапии — острое лихорадочное состояние [Епифанов, Апанасенко].

Для пожилых людей важное значение имеет принятие солнечных и воздушных ванн. Особенно полезны занятия на свежем воздухе. Отдельные авторы советуют проводить больному максимальное количество часов в день на свежем воздухе [Карепов]. Воздух и солнечное излучение благотворно влияют на организм. Принятие больным солнечных ванн способствует образованию в организме витамина D, вследствие чего происходит заживление ран (пролежней). Кроме этого, солнечные и воздушные ванны обеспечивают повышение сопротивляемости организма к простудным заболеваниям. Для предотвращения возможных ожогов от воздействия солнечных лучей можно надевать на больного легкую одежду, через которую проходит до 50–70 % солнечных лучей, особенно хорошо пропускают ультрафиолетовые лучи капроновые и нейлоновые ткани. При приеме воздушных ванн необходимо учитывать следующие условия комфортного применения данных процедур: температура воздуха летом +23... +25 °С, скорость движения воздуха 0,2–0,4 м/с, относительная влажность воздуха — 50 % [Лагунова, Хакимова].

Таким образом, только при соблюдении принципов двигательной самореабилитации, можно добиться восстановления утраченных или ослабленных функций органов и систем организма. Важно сформировать осознанное отношение больного к процессу самореабилитации. В занятиях не рекомендуются делать перерывы, если нет особых противопоказаний (высокая температура, давление, невыносимые боли и т. д.). В случае, если больной тяжело справляется с нагрузкой, можно снизить интенсивность занятий (количество повторений), но ни в коем случае, не прекращать заниматься ни на один день. Кроме этого, необходимо соблюдать рациональное лечебное питание. Только такое отношение к процессу двигательной самореабилитации позволит в максимально короткие сроки восстановить утраченные функции.

§ 5. Интеграция в социальную среду лиц с ограниченными возможностями здоровья через подготовку и участие в спортивных мероприятиях

5.1. Пути развития адаптивной физической культуры и адаптивного спорта на территории муниципальных образований

Одним из эффективных способов интеграции людей, имеющих инвалидность, являются занятия адаптивным и параолимпийским спортом, что, в свою очередь, требует значительных финансовых вложений со стороны государства. Однако только города-мегаполисы обладают необходимыми денежными средствами для строительства спортивных сооружений, адаптированных для посещения и проведения тренировочных занятий лиц с ограниченными возможностями здоровья. Кроме этого, только в крупных городах возможно привлечение достаточного количества высококвалифицированных специалистов по подготовке лиц с ограниченными возможностями здоровья к участию в соревнованиях по разным видам спорта.

Как правило, в муниципальных образованиях возникает серьезная проблема в организации доставки инвалидов к местам занятий адаптивной физической культурой, спортом или проведения спортивных мероприятий, потому что населенные пункты находятся на большом расстоянии друг от друга.

В связи с этим была поставлена цель — выявить и апробировать рациональные способы двигательной реабилитации и интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья в современное общество.

Примером развития данного направления является реализация в течение четырех лет проекта популяризации спорта «Предел прочности» в муниципальном образовании Алапаевское. Цель проекта — создание позитивного имиджа сторонников физкультуры, спорта и здорового образа жизни. Одним из важных аспектов данного проекта является максимальное вовлечение лиц с ограничениями здоровья в занятия физической культурой и спортом, которое будет способствовать принятию инвалидом своей новой социальной роли.

В рамках данного проекта проведено пять соревнований среди инвалидов, два семинара по адаптивной физической культуре, два мастер-класса по пауэрлифтингу и армрестлингу, один туристический сплав по реке. Определены основные требования к организации и проведению соревнований: каждое следующее соревнование проводится по новому виду спорта для того, чтобы показать инвалидам разнообразие видов спорта, возможных для их систематических двигательных занятий, создание условий, повышающих статус спортивных мероприятий, количество участников.

Так, в марте 2013 года организованы межмуниципальные соревнования по жиму лежа, в июне проведены районные соревнования по армлифтингу, а в августе 2014-го прошел областной силовой марафон. В отличие от двух первых соревнований, в дисциплине силового марафона были подобраны более легкие для выполнения упражнения, не требующие специальной физической подготовки, но в то же время они должны быть зрелищными для зрителей и интересными для участников. В результате этого в силовом марафоне приняли участие в 5 раз больше инвалидов [Штоколов, Ямалетдинова].

В 2015 году мероприятия для людей с ОВЗ впервые на территории МО Алапаевское проводились в формате соревнований (силового марафона) плюс семинар по адаптивной физической культуре. В рамках семинара рассматривались вопросы физической реабилитации больных, психологического сопровождения в спорте, теории и методике адаптивной физической культуры и спорту. Каждый желающий мог получить ответы на интересующие его вопросы.

В апреле 2016 года опыт проведения мероприятия был повторен, но вместо силового марафона был проведен межмуниципальный турнир по пауэрлифтингу. Программа семинара была расширена, и основу ее составили мастер-классы, с возможностью активного участие в них со стороны слушателей.

На этом деятельность организаторов не прекратилась: в августе 2016 года мероприятие прошло в несколько ином формате — был организован и проведен турнир, хорошо известный лицам с ОВЗ, проживающих на территории МО Алапаевское по пауэрлифтингу, но в отличие от предыдущих соревнований эти соревнования проводились как показательные, в них приняли участие профессиональные спортсмены. Задача этих соревнований была показать

жителям муниципального образования с инвалидностью, что, имея значительные нарушения здоровья, можно достичь значительных высот в спорте и по максимуму реализовать свои физические возможности, так как результаты, которые показали спортсмены, значительно превышают результаты, показываемые местными «здоровыми» спортсменами. Кроме пауэрлифтинга, был организован турнир по армрестлингу, ранее данный вид спорта не был представлен в рамках проекта. Кроме этого, организации не стали отступать от ранее приобретенных традиций, и по обоим видам спорта были проведены мастер-классы. Проведением соревнований и мастер-классов занимались прославленные в прошлом спортсмены, судьи всероссийских категорий, ведущие тренеры по выше упомянутым видам спорта.

Проведение такого разнообразия спортивных мероприятий, применение различных комбинаций мероприятия, разработка и внедрение новых форм позволили увеличить количество регулярно занимающихся спортсменов, наладить взаимодействие с другими муниципальными образованиями, учебными заведениями, оказать методическую помощь семьям, воспитывающим детей-инвалидов, проживающим на территории МО Алапаевское, увеличить зрелищность спортивных мероприятий.

5.2. Интеграция в социальную среду лиц с ограниченными возможностями здоровья с поражением опорно-двигательного аппарата через подготовку и участие в силовом марафоне

В последние десятилетия наблюдается резкое возрастание количества людей с физическими недостатками. В России более десяти процентов населения имеют инвалидность, преобладающее большинство из них имеют травмы опорно-двигательного аппарата.

После получения травмы или заболевания человек на длительное время теряет связь с окружающим миром, и восстановить эту связь очень сложно. Человеку, имеющему инвалидность, трудно приспособиться к изменившимся условиям жизни: трудность в выполнении профессиональных и бытовых обязанностей, ограничение в передвижении.

Наиболее оптимальным способом возвращения человека в социальную среду является вовлечение его в физкультурно-спортивную

деятельность. Данный способ набирает всеобщую популярность, но большинство проводимых мероприятий либо имеют развлекательный характер, либо направлены на развитие отдельных физических качеств. Необходимо направить усилия на физическую реабилитацию и социализацию человека. Требуется определить виды спорта, подготовка к участию в которых позволит если не восстановить, то улучшить общее состояние человека, имеющего инвалидность.

При разработке программы силового марафона усилия направлены на доступность дисциплин для инвалидов практически всех нозологических групп. Наиболее сложно было подобрать виды спорта или их элементы для инвалидов с травмами позвоночника с повреждением спинного мозга. Такие люди ограничены в передвижении, особенно больные, передвигающиеся с помощью инвалидной коляски. У больных с данной травмой наблюдается ряд осложнений, полученных вследствие основной травмы. Это могут быть вялые периферические параличи, нарушение координации движений, нарушение деятельности органов. Данные обстоятельства дают основание при выборе дисциплин силового марафона опираться на требования, предъявляемые к видам спорта со стороны больных с травмами позвоночника с поражением спинного мозга.

В основу программы были отобраны силовые виды спорта и их элемент. Выбор силовых видов спорта для реабилитации и интеграции больных с опорно-двигательного аппарата (ОДА) стал неслучайным. Занятия силовыми видами спорта позволяют ликвидировать серьезные последствия, связанные с травмами ОДА. Вследствие получения данных травмы наблюдается резкое снижение двигательной активности, что приводит к развитию такого заболевания, как остеопороз.

Важной особенностью подготовки к участию в силовом марафоне является большое количество повторений в подходе. А реабилитация при остеопорозе предусматривается 10–15 повторений при выполнении силовых упражнений [Плаксына].

При отборе видов спорта и их элементов в программе силового марафона возникает ряд препятствий в связи с тем, что не каждый вид спорта подходит для занятий и участия больных при травмах позвоночника с повреждением спинного мозга.

Избранный вид спорта должен соответствовать следующим требованиям:

- минимальное воздействие на позвоночник, исключение возможности повторения травмы;
- быть логическим продолжением физической реабилитации;
- выбранный вид спорта должен удовлетворять запросам больных в развитии физических качеств.

К участию в силовом марафоне допускались команды из 4–6 спортсменов-инвалидов с ПОДА, общим заболеванием, нарушением слуха и зрения (не допускались инвалиды, имеющие психические заболевания), спортсмены старше 18 лет без ограничения по возрасту, без требований к спортивной квалификации.

Программа силового марафона 2014 года

При отборе дисциплин силового марафона организаторы опирались на ряд требований: упражнения не должны быть сложными в выполнении, не требовать дорогостоящего оборудования при подготовке и при проведении соревнований, быть зрелищными, позволять оценить физические способности спортсмена вне зависимости от травмы или заболевания. После соответствующего отбора в программу силового марафона вошли следующие дисциплины:

1. Жим штанги лежа.
2. Кистевая динамометрия.
3. Переправа (спортсмен должен за наименьшее время подтянуть себя в специальной тележке с помощью каната на расстояние 15 м).
4. Силовая эстафета, состоящая из четырех этапов.
 - 1 этап — перенос бутылей с водой весом 10 кг на расстояние 10 м (участник № 1).
 - 2 этап — подъем на платформу поочередно дисков штанги весом 10 кг для мужчин и 5 кг для женщин (участник № 2).
 - 3 этап — прокатить тележки с дисками штанги суммарным весом 20 кг на расстояние 10 метров (участник № 3, либо участник № 1, если по каким-либо причинам участник № 3 не может продолжить выступление в силовом марафоне).
 - 4 этап. Жим штанги стоя весом 20 кг для мужчин и 10 кг для женщин за 30 с (участник № 4 или № 3).

Свидетельством универсальности применяемых дисциплин является участие в силовом марафоне команд, в состав которых

входили спортсмены с ПОДА, общими заболеваниями, с нарушением слуха и зрения. Подготовка и участие в силовом марафоне позволяет участникам выстраивать межличностные взаимоотношения с учетом новых социальных условий, приобретать навыки взаимодействия не только в рамках своей нозологической группы, но и с представителями других групп. Подтверждением этого стала победа команды инвалидов-спортсменов МО Алапаевское в силовой эстафете — технически сложном виде и требующем максимальной слаженности действий участников (в составе команды два участника — с нарушением ОДА, 2 — с нарушением слуха, 1 — с нарушением зрения) [Штоколов, Ямалетдинова].

Организация и программа соревнований вызвали существенный интерес среди спортсменов с ОДА. Среди участников силового марафона 57,8 % инвалидов имели травмы и заболевания ОДА.

Кроме этого, в программе силового марафона 2014 года было предусмотрено участие спортсменов-инвалидов с травмами позвоночника с повреждением спинного мозга. Они имели возможность принять участие в трех из четырех дисциплин силового марафона: жим штанги лежа, кистевая динамометрия, «переправа». Такие дисциплины силового марафона в большей степени отвечают ряду требований, предъявляемых к виду спорта для занятий спортсменам с травматической болезнью спинного мозга [Кузнецов; Полиевский, Ямалетдинова; Попов].

На основе выявленных замечаний в ходе проведения силового марафона были внесены изменения в правила соревнований. Это было сделано с целью сокращения времени на проведение соревнований и уменьшения травмоопасности, а также упрощения системы подсчета результатов.

Программа силового марафона 2015 года после внесенных изменений выглядела следующим образом:

1. Жим штанги лежа (женщины).
2. Восхождение — подъем на постамент мешков весом 10; 12,5 и 15 кг (мужчины).
3. «Народный» жим штанги лежа — вес штанги 70 % от собственного веса участника (мужчины).
4. Тяга тележки с грузом 100 кг — необходимо как можно быстрее подтянуть к себе тележку, находящуюся на расстоянии 15 м от спортсменки (женщины).

5. Силовая эстафета, состоящая из четырех этапов.

1 этап (женский) — перенос двух мешков весом по 10 кг каждый на расстояние 10 м (участник № 1).

2 этап (женский) — подъем на платформу поочередно четырех мешков (2 мешка из которых принес участник № 1) весом 10 кг каждый за время не более 90 с (участник № 2 или участник № 1).

3 этап (мужской) — перенос бутылей весом 20 кг каждый на расстояние 10 м (участник № 3 либо участник № 2, если по каким-либо причинам (дисквалификация или травма участника, не позволяющая продолжить выступление на соревнованиях) осталось три участника в команде).

4 этап (мужской) — жим штанги стоя весом 25 кг (участник № 4 или участник № 3).

Дисциплины силового марафона, кроме жима штанги лежа и «народного» жима штанги лежа, аналогичны бытовым действиям, которые человек осуществляет в процессе жизнедеятельности. Это дает возможность проводить соревнования среди лиц с ограниченными возможностями здоровья разных нозологических групп вне зависимости от группы инвалидности и возраста участника.

Таким образом, в процессе подготовки и участия в силовом марафоне у инвалидов-спортсменов появляется возможность найти новых друзей, повысить уровень общей физической подготовки. Появляются новые впечатления: ощущение победы, спортивного азарта, духа соперничества. Воспитываются морально-волевые качества, приобретается ценность — быть полезным обществу (защита спортивной чести своей команды, города, муниципального образования). Формируется потребность в систематических занятиях адаптивной физической культурой и спортом. Силовой марафон может стать интересным для людей, имеющих инвалидность разной этиологии, и инвалидов детства, никогда раньше не имевших возможности участвовать в физкультурно-спортивной деятельности, в отличие от паралимпийских видов спорта, в которых все чаще появляются бывшие спортсмены с приобретенной инвалидностью.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Назовите, какие бывают нарушения в деятельности органов и систем организма вследствие травм спинного мозга.
2. Что понимается под «вторичным повреждением спинного мозга»?
3. Перечислите основные принципы самореабилитации и кратко их охарактеризуйте.
4. С какой целью проводятся вводные теоретические занятия с больным и его родственниками?
5. Что подразумевается под персональным тренингом? Из каких фаз состоит данный процесс?
6. Назовите отличительные особенности данной методики двигательной самореабилитации от ранее разработанных методик физической реабилитации больных с травмами позвоночника и спинного мозга.
7. Назовите возрастные рамки пожилого возраста у мужчин и женщин. Кратко охарактеризуйте изменения, происходящие в организме в данный период жизни.
8. С какой целью в программу двигательной самореабилитации больных включают трудотерапию?
9. С какими трудностями сталкиваются муниципальные образования при развитии адаптивной физической культуры и спорта?
10. Каким образом подготовка и участие в силовом марафоне позволяет проводить интеграцию лиц с ограниченными возможностями здоровья и с ПОДА в общество?

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЕ ССЫЛКИ

- Белая Н. А.* Лечебная физкультура и массаж : учеб.-метод. пособие для мед. работников. М. : Сов. спорт, 2001. 268 с.
- Белова А. Н.* Нейрореабилитация : руководство для врачей. М. : Антидор, 2000. 566 с.
- Бирюков А. А.* Лечебный массаж : учебник для студ. высш. учеб. заведений. М. : Изд. центр «Академия», 2004. 368 с.
- Бубновский С. М.* Руководство по кинезитерапии дорзопатий и грыжи позвоночника. М. : МАКС-ПРЕСС, 2002. 100 с.
- Бурмистров Д. А.* Двигательная реабилитация лиц среднего и пожилого возраста при дегенеративно-дистрофических процессах в позвоночнике : автореф. дис. ... д-ра биол. наук. СПб., 2012. 45 с.

Васильева А. В. Краткий медицинский справочник на все случаи жизни. СПб. : Невский проспект, 1999. 190 с.

Васичкин В. И. Большой справочник по массажу. М. : Изд-во «Эксмо», 2004. 448 с.

Грачев О. К. Физическая культура : учеб. пособие. М. : ИКЦ «МарТ»; Ростов н/Д : Изд. центр «МарТ», 2005. 464 с.

Дубровский В. И. Азбука самомассажа. М. : Физкультура и спорт, 2000. 15 с.

Дубровский В. И. Лечебная физическая культура (кинезотерапия). М. : Гуманит. изд. центр «ВЛАДОС», 2001. 608 с.

Дубровский В. И. Лечебный массаж. М.: Медицина, 1995. 83 с.

Дубровский В. И. Реабилитация в спорте. М. : Физкультура и спорт, 1991. 204 с.

Дубровский В. И. Спортивная медицина : учебник для студентов высш. учеб. заведений. М. : Гуманит. изд. центр «ВЛАДОС», 2002. 512 с.

Дунаев И. В. Пособие по лечебному массажу : учеб. пособие. М. : Всерос. об-во слепых (ВОС), 1981. 293 с.

Епифанов В. А. Лечебная физическая культура : учеб. пособие. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. 568 с. 568 с.

Епифанов В. А. Апанасенко Г. Л. Лечебная физкультура и врачебный контроль : учебник М. : Медицина, 1990. 368 с.

Жиленкова В. П. Реабилитация инвалидов с поражением органов опоры и движения средствами физической культуры и спорта. М. : Б. и., 1989. 42 с.

Журавлева А. И., Граевская Н. Д. Спортивная медицина и лечебная физкультура : руководство для врачей. М. : Медицина, 1993. 432 с.

Карепов Г. В. ЛФК и физиотерапия в системе реабилитации больных травматической болезнью спинного мозга. Киев : Здоровье, 1991. 184 с.

Качесов В. А. Основы интенсивной самореабилитации. М. : Изд. группа «БДЦ-ПРЕСС», 2007. 174 с.

Кузнецов И. С. Лечение позвоночника по методу Дикюля. М. : АСТ, 2010. 63 с.

Лагунова Л. В., Хакимова А. И. Занятия на открытом воздухе как одно из важных средств закаливания организма // I Международ. научно-практ. конф. молодых ученых 15–16 ноября 2012 года. Екатеринбург, 2012. С. 141–146.

Найдин В. Л. Реабилитация нейрохирургических больных с двигательными нарушениями. М. : Медицина, 1972. 248 с.

Перльмуттер О. А. Травма позвоночника и спинного мозга. Н. Новгород : Нижегород. печатник, 2000. 144 с.

Плакшина О. И. Специфика реабилитационной работы в Велнес-центрах для больных остеопорозом // Российский человек в разломе эпох: QUO VADIS : материалы XV Междунар. науч.-практ. конф. 26–27 апреля 2012 г. : в 2 т. / ред. Л. А. Закс, Г. А. Ямалетдинова и др. Т. 2. Екатеринбург : Гуманитар. ун-т, 2012. С. 746–750.

Полиевский С. А., Ямалетдинова Г. А. Безопасность адекватного питания спортсменов и туристов : учеб. пособие. Екатеринбург : Гуманитар. ун-т, 2013. 172 с.

Попов С. Н. Физическая реабилитация : учебник для студентов высш. учеб. заведений. Ростов н/Д : Высш. образование, 2005. 416 с.

Травматология и ортопедия : учебник для студентов мед. вузов / под ред. Н. В. Корнилова. СПб. : Гиппократ, 2001. 448 с.

Травматология : национальное руководство / под ред. Г. П. Котельникова, С. П. Миронова. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. 808 с.

Физическая культура студента : учебник / под ред. В. И. Ильинича. М. : Гардарики, 2000. 448 с.

Штоколов В. С., Ямалетдинова Г. А. Участие в силовом марафоне как способ реабилитации и интеграции инвалидов с травмами опорно-двигательного аппарата в современное общество // Пед. образование в России. 2014. № 9. С. 106–108.

Ямалетдинова Г. А., Пьянзин С. А. Подходы к построению автоматизированной информационной системы «Учебный процесс кафедры ОТ и ППФП» // Теория и практика физической культуры. 2005. № 12. С. 16–19.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ АДАПТИВНОГО СПОРТА

§ 1. Специфика адаптивного спорта и перспективы его развития в России

Статистика свидетельствует, что каждый десятый житель Земли является инвалидом. В России число людей с ограниченными возможностями здоровья каждый год увеличивается примерно на 1 миллион. Войны, наследственные и инфекционные заболевания, преступность, распространенность вредных привычек, несчастные случаи и катастрофы — все это приводит к увеличению числа инвалидов. Инвалидность — это социальное явление, избежать которого не может ни одно общество, и каждое государство обязано сформировать определенную политику по отношению к людям с ограниченными возможностями здоровья [Демьянова].

Исходя из возможностей и ресурсов, государство должно обеспечить людям с ограниченными возможностями максимально комфортные и доступные условия для жизни, развития и адаптации в обществе. Одним из таких условий является доступ к занятиям физической культурой и спортом.

История возникновения адаптивной физической культуры и спорта в России уходит в XIX век. Начало физического воспитания слепых и слабовидящих восходит к 1881 году, когда было создано общество Мариинское Попечительство для призрения слепых, а с 1888 года — Попечительство императрицы Марии Александровны о слепых. Создателем был Карл Грот. Он одним из первых в нашей стране понял суть физического воспитания молодежи вообще и слепых детей в частности.

Еще в 1870 году, то есть за 11 лет до создания Мариинского Попечительства о слепых, он явился учредителем в Петербурге первого в нашей стране врачебно-гимнастического общества и открыл двухгодичные курсы по подготовке преподавателей гимнастики для гимназий и прогимназий. На курсах обучались в основном

студенты Петербургского университета, желающие получить вторую специальность. Это был первый опыт создания в России учебного заведения по подготовке преподавателей физкультуры для гражданского ведомства. Курсы просуществовали всего два года, однако данный опыт был востребован в будущем.

В 1893 году на личные средства К. К. Грота было построено здание Мастерских для взрослых слепых, которое расположилось на площади, принадлежавшей Александро-Мариинскому училищу. На первом этаже этого здания для воспитанников училища в 1895 году попечительство устроило специальный гимнастический зал, «снабженный по указаниям и при содействии действительного статского советника Мора всеми необходимыми приборами» [Скребицкий, с. 19].

Проанализировав истоки развития физической культуры и спорта слепых, можно сделать вывод, что физическое воспитание в училищах Мариинского Попечительства было направлено на подготовку учащихся к самостоятельной трудовой жизни. Игры и гимнастические упражнения способствовали накоплению физической силы, развитию ловкости и мыслительной деятельности, ориентированию в пространстве.

Такая система подготовки называлась «шведской гимнастикой». Никаких соревнований по видам спорта среди слепых в нашей стране в дореволюционное время не проводилось, так как соревновательная или, как она тогда называлась, «сокольская гимнастика» начала развиваться в России только в самом конце XIX — начале XX века, когда в стране появились первые клубы «соколят» [Скребицкий].

Однако в Советском Союзе не принято было говорить о проблемах людей с инвалидностью и не существовало понятия «спорт для людей с ограниченными возможностями здоровья». Людей с различными нарушениями стеснялись и предпочитали не выставлять их проблемы на всеобщее обозрение. Наша страна не приняла ни одного чемпионата мира для людей с ограниченными возможностями здоровья.

По политическим разногласиям и по желанию руководства страны скрыт факт проживания в Советском Союзе большого количества людей с ограниченными возможностями здоровья. Паралимпийские игры 1980 года, которые должны были проходить в нашей стране, были перенесены в Арнем.

Своего рода возрождение спорта для людей с ограниченными возможностями здоровья происходит, только начиная со второй половины XX века. Этот процесс проходит очень медленно и противоречиво. Его принято делить на три этапа. На первом, который начинается с 1960 года, происходит становление физической культуры и спорта для людей с ограниченными возможностями здоровья в СССР.

Этому вопросу посвящены работы ученых О. В. Кочаровской, С. Н. Поповой и других, которые обосновали значимость движений в восстановлении людей с ограниченными возможностями здоровья, особенно после войны. В их работах отмечен положительный эффект от применения элементов спорта в работе по восстановлению раненых бойцов. Но, несмотря на это, элементы спорта в реабилитацию людей с ограниченными возможностями здоровья стали внедрять только с середины 1960 года.

Основателем этого направления стал Ленинградский научно-исследовательский институт протезирования, где на отделении лечебной физической культуры для работы с людьми с ампутацией конечностей и врожденным недоразвитием конечностей стали применять в реабилитации элементы таких видов спорта, как легкая атлетика, теннис, волейбол, баскетбол и другие виды спорта.

В 1964 году появляются работы Л. П. Забелина, в которых говорится о роли и значении физических упражнений для увеличения двигательных возможностей людей с ограниченными возможностями здоровья.

В начале 1970 годов стали появляться работы, в которых описывались причины возникновения инвалидности и ее роста. В этот период начинается обмен опытом с зарубежными учеными, появляется первая информация о жизни и реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья за рубежом.

К концу 1979 года стали появляться новые сведения о реабилитационном спорте. Эти работы помогли обратить внимание общества на проблемы людей с ограниченными возможностями здоровья.

Большой личный вклад внес В. Филатов, директор ЛНИИП. Под его руководством была организована и проведена конференция по созданию первой в СССР Федерации спорта инвалидов, которая официально начинает свое существование с 1980 года. Она

объединяла три нозологические группы людей с ограниченными возможностями здоровья: по слуху, по зрению, с проблемами опорно-двигательного аппарата.

В 1981 году были организованы первые игры для людей с ограниченными возможностями здоровья — Ленинградские спортивные игры инвалидов [Емельянов].

Определенным толчком к дальнейшему развитию физкультурно-оздоровительной работы с людьми с ограниченными возможностями здоровья послужило Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 11 сентября 1981 года «О дальнейшем подъеме массовой физической культуры и спорта» № 890 и Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 27 марта 1986 года № 400 «О мерах по дальнейшему улучшению жизни инвалидов с детства» [Емельянов].

Огромный вклад в создание клубов, секций, федераций в России внесла ответственный секретарь Всероссийской федерации физической культуры инвалидов С. Титова.

Так, в вузовские научно-практические и методические конференции Ленинграда были включены материалы по физическому воспитанию студентов-инвалидов, динамике физической работоспособности, читались доклады в научном обществе по спортивной медицине в Ленинграде, Москве, Новокузнецке, Брянске и других городах [Никифорова, Никифоров].

Первая Всесоюзная научная конференция «Физическая культура и спорт инвалидов» была проведена в Одессе с 3 по 5 октября 1989 года. На ней было представлено более 50 докладов и тезисов.

В период с 1980 по 1990 год в стране было организовано более 30 физкультурно-оздоровительных и спортивных клубов для людей с ограниченными возможностями здоровья.

Появляются научные работы, в которых обобщается и анализируется теоретический и практический материал.

В. Г. Григоренко и А. П. Глоба, первые авторы, которые предложили построение систематического круглогодичного цикла занятий с использованием методик, врачебно-педагогического наблюдения и контроля в работе с людьми с ограниченными возможностями здоровья в процессе занятий [Глоба; Григоренко, Сермеев].

В 1989 году осуществляется первый выезд на международные соревнования по плаванию в Болгарию, а в 1990 году — участие спортсменов во Всемирных играх инвалидов в Голландии.

В Паралимпийских играх наша страна участвует с 1992 года. В календарный план официально включают раздел по спорту для людей с ограниченными возможностями здоровья. В 1995 году было запланировано и проведено 100 спортивных мероприятий, которые включали все нозологические группы.

Появляется все больше научных трудов по проблемам реабилитации и спорта людей с ограниченными возможностями здоровья, по особенностям организации работы со спортсменами, классификации и видах спорта. Пишут и о развитии Паралимпийского движения в мире.

В 1995 году Россия становится официальным членом международной организации спорта инвалидов (ISOD). Так заканчивается второй этап развития спорта для людей с ограниченными возможностями здоровья.

Третьим, современным этапом считается период с 1995 года по настоящее время. Решающим в развитии спорта для людей с ограниченными возможностями стало участие России в Паралимпийских играх 1996 года в Атланте, где участвовало 103 страны, а российские спортсмены заняли 16-е место.

В 1997 году утверждается Государственный стандарт высшего профессионального образования подготовки выпускников по специальности 022500 «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья». Но в связи с открытием новой специальности возникает проблема нехватки педагогов для обучения студентов.

В том же 1997 году появилось понятие «адаптивный спорт», его представил в своем докладе профессор С. П. Евсеев [Теория и организация...].

Как можно было увидеть из истории развития в России, адаптивный спорт, или спорт для людей с ограниченными возможностями здоровья, относительно новый раздел в теории и практике спортивной тренировки и соревновательной деятельности, который требует внимания и изучения и имеет определенную специфику.

В понятие «адаптивный» включен весь спорт людей с ограниченными возможностями различных нозологических групп (нарушение слуха, нарушение зрения, нарушение опорно-двигательного аппарата и нарушение интеллекта). В международном

формате спорт людей с ограниченными возможностями делят на Паралимпийские игры — соревнования для спортсменов с нарушением опорно-двигательного аппарата (80 % соревновательных дисциплин) для людей с нарушением зрения и для людей с интеллектуальными нарушениями. Проводятся игры в том же городе, что и Олимпийские игры, в том же цикле.

Сурдлимпийские игры — соревнования для людей с нарушением слуха. Проводятся с цикличностью раз в четыре года. Игры специальной олимпиады — соревнования для спортсменов с различными тяжелыми нарушениями интеллекта и умственной отсталостью.

Современный спорт для людей с ограниченными возможностями здоровья характеризуется наличием ряда специфических особенностей: популяризацией и развитием среди спортсменов с ограниченными возможностями практически тех же видов спорта, что развиты и привычны в обществе (волейбол, хоккей, плавание и др.), и специфических видов спорта, таких как голбол, боче и других, изменением правил соревнований, обеспечением специальным дополнительным инвентарем в соответствии с функциональными возможностями спортсменов [Брискин, Евсеев, Передерий].

В России в настоящее время имеется большое количество общественных объединений физкультурно-спортивной направленности, которые играют важную роль в развитии большого спорта и вносят существенный вклад в организацию физкультурно-спортивного движения. Во многих регионах и городах нашей страны открыты школы и клубы, направленные на работу с людьми с ограниченными возможностями здоровья. Только в Москве и Санкт-Петербурге их больше ста.

В соответствии с Федеральной целевой программой «Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации на 2006–2015 годы» предусмотрено бесплатное и льготное посещение спортивных объектов инвалидами, детьми и малообеспеченными гражданами [Постановление Правительства...].

Наиболее активно развивается адаптивный спорт в республиках Башкортостан, Татарстан, Коми; Красноярском крае, Волгоградской, Воронежской, Московской, Омской, Пермской, Ростовской, Саратовской, Свердловской, Челябинской областях; городах Москве и Санкт-Петербурге.

Улучшается материальное обеспечение высококвалифицированных спортсменов и тренеров: выделяются стипендии, другие денежные вознаграждения, строятся все более современные и доступные для людей с инвалидностью спортивные комплексы, но развитие адаптивного спорта и его обеспечение в стране проходит гораздо медленнее, чем растет число людей, которые рождаются с пороками развития или приобретают инвалидность. И, несмотря на то, что уже было сделано и делается в России для спорта сейчас, в этом направлении есть определенные проблемы.

Так, в сфере физической реабилитации инвалидов по-прежнему существует недооценка того обстоятельства, что физкультура и спорт гораздо более важны для человека с ограниченными возможностями, чем для благополучных в этом отношении людей. Значительные усилия должны быть предприняты в направлении развития детско-юношеского паралимпийского спорта, который является единственным фундаментом успехов в международном спортивном соперничестве, основой будущих паралимпийских успехов.

Вопрос развития адаптивной физической культуры и спорта сегодня является одним из приоритетных в нашей стране. Он получил отражение в таком документе, как «Стратегия развития физической культуры и спорта на период до 2020 года». Необходимо в первую очередь создавать на базе спортивных школ и клубов специальные отделения для детей с ограниченными возможностями [Распоряжение Правительства...].

Отсутствует интеграция в работе общественных организаций разных категорий инвалидов. Заметно ощущается крен в сторону спорта. Практически вся работа в клубах сводится к организации и проведению спортивных соревнований среди небольшой группы элитных спортсменов. Большое число детей-инвалидов не имеют возможности активно заниматься избранным видом спорта и участвовать в соревнованиях, а вся подготовка спортивного резерва среди детей-инвалидов держится на людях-энтузиастах, работающих с данной категорией детей.

Ощущается нехватка профессиональных кадров. Не выражена в достаточной степени потребность в физическом совершенствовании у самих инвалидов, что связано с отсутствием специализированной пропаганды, подвигающей их к занятиям физической культурой и спортом.

Так, можно сделать вывод о том, что, по сравнению с периодом существования Советского Союза, в России наметилась тенденция по оптимизации нормативно-правовой и материальной базы, регламентирующей развитие адаптивного спорта, но нужно подчеркнуть, что потребуется много времени, чтобы довести уровень развития адаптивного спорта в нашей стране до уровня западных стран.

Также важным условием является законодательство относительно организаций, в которых осуществляются физическая реабилитация и социальная адаптация инвалидов и лиц с инвалидностью с использованием методов адаптивной физкультуры и адаптивного спорта, направления оптимизации системы непрерывной реабилитации инвалидов средствами занятий физическими упражнениями и спортом.

Кроме этого, очень важными факторами являются усиление взаимодействия с органами местного самоуправления в регионах и необходимость совершенствования профессиональной подготовки социальных работников, работников физкультурно-спортивных организаций, тренеров по адаптивному спорту.

§ 2. Роль адаптивного спорта в развитии личности

О значении адаптивного спорта в развитии личности человека с ограниченными возможностями говорят и пишут уже давно как за рубежом, так и в России.

Физическая культура и адаптивный спорт становятся сегодня одними из важнейших, а в ряде случаев — единственными условиями всесторонней физической, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов, адаптации их к жизни, фактором оздоровления и профилактики инвалидизации населения. Общеизвестно, что физическая культура и спорт гораздо важнее для человека с ограниченными возможностями, чем для здорового.

Активные физические упражнения, участие в спортивных мероприятиях восстанавливают психическое равновесие, возвращают веру в собственные силы, дают возможность вернуться к активной жизни.

Как правило, если человек получил серьезную травму и остался инвалидом или болен с рождения, у него превалирует установка

на то, что он никому не нужен и хуже, чем у него, беды ни у кого нет. Часто человек впадает в депрессию, и даже то, что раньше приносило радость, теперь может вызывать стресс, гнев и апатию. Чтобы помочь полноценно существовать в сложившихся условиях его жизни, есть множество способов в современном мире, но один из самых действенных — это занятия физической культурой и спортом.

Физкультурно-спортивные занятия, участие в спортивных соревнованиях являются формой остро необходимого общения, восстанавливают психическое равновесие, снимают ощущение изолированности, возвращают чувство уверенности и уважения к себе, дают возможность вернуться к активной жизни. Занятия физической культурой и адаптивным спортом оказывают большое влияние на формирование эмоционально-волевых, коммуникативных сторон личности инвалида.

При многих заболеваниях и видах инвалидности адаптивный спорт является практически единственной возможностью удовлетворения одной из главнейших потребностей человека — потребности в самоактуализации, поскольку профессионально-трудовая, общественно-политическая и другие виды деятельности оказываются недоступны.

Многолетний опыт отечественной и зарубежной практики в области спорта инвалидов свидетельствует о том, что для данного контингента тренировочный процесс и участие в соревнованиях являются действенными способами физической, психической, социальной адаптации. Учебно-тренировочный процесс рассматривается как врачебно-педагогическая дисциплина, где в оптимальном соотношении функционируют лечебные и педагогические факторы, обеспечивающие реализацию физического, интеллектуального, эмоционально-психического потенциала спортсмена, удовлетворяющие эстетические и этические потребности, стремление к физическому совершенствованию.

В спорте инвалидов в настоящее время можно выделить два направления: рекреационно-оздоровительный и спорт высших достижений. В рамках первого направления спорт выполняет оздоровительно-рекреативную функцию, выступая как средство и метод достижения эффективного здорового отдыха — развлечения, восстановления и поддержания оперативной работоспособности, организации интересного эмоционального досуга.

Такая форма спортивной деятельности общедоступна, реализуется добровольно, в свободное время и не является доминирующей деятельностью в жизни инвалида. К числу наиболее популярных видов спорта относятся плавание, легкая атлетика, в том числе в колясках, тяжелая атлетика, лыжный спорт, стрельба, различные виды гимнастики, включая шейпинг и аэробику, фигурное катание на коньках, танцы, спортивные игры, оздоровительные виды восточных единоборств и другие виды спорта.

Спорт высших достижений (паралимпийский, сурдлимпийский) имеет более сложную структуру и содержание тренировочного процесса. Путем отбора сильнейших, наиболее талантливых спортсменов в разных нозологических группах инвалидности формируются составы сборных команд страны по видам спорта [Теория и организация...].

Содержание адаптивного спорта (как рекреационно-оздоровительного, так и высших достижений) направлено прежде всего на формирование у инвалидов высокого спортивного мастерства и достижение ими наивысших результатов в его различных видах на состязаниях с людьми, имеющими аналогичные проблемы со здоровьем.

Адаптивный спорт высших достижений с его обязательным участием инвалидов в учебно-тренировочном процессе и системе различных соревнований создает наиболее подходящие условия именно «для культурного бытия их телесности».

По определению С. Евсеева, главной целью адаптивного спорта высших достижений является максимально возможная самореализация инвалидов в социально приемлемом и одобряемом виде деятельности, повышение их реабилитационного потенциала, и «как следствие социализация и последующая социальная интеграция данной категории населения, которые должны осуществляться не только на приспособлении этих людей к нормам и правилам жизни здоровых сограждан, но и с учетом их собственных условий» [Теория и организация..., с. 188].

Для самих спортсменов основная цель участия в адаптивно-спортивной (учебно-тренировочной и соревновательной) деятельности состоит в освоении мобилизационных, технологических и других ценностей физической культуры, формировании собственной спортивной культуры.

Также тренировочный процесс включает в себя общение с тренером, это позволит сказать, что тренер и его личность играют очень важную роль в жизни, спортивной деятельности и спортивных результатах спортсмена, то, как он установит контакт с человеком, на сколько сможет замотивировать к занятиям, заинтересует спортом, создаст фон занятий, настолько результативно будет проходить работа со спортсменом, особенно это важно, если человек довольно замкнут, мало общается и тренировочный процесс для него новый этап жизни. Зал, бассейн или поле — резкая смена обстановки, вызывающая разный спектр эмоций, которые нужно уметь контролировать для продуктивной работы и достижения результата.

Так, адаптивный спорт для людей с ограниченными возможностями выступает как эффективное средство физиологической, психологической и социальной адаптации. Для этих людей занятия спортом являются фактором улучшения самочувствия, повышения уровня здоровья и уровня физической подготовленности, удовлетворения потребности в общении, расширении круга знакомств, позволяет им включиться в трудовую деятельность.

Таким образом, в большинстве случаев спортивная деятельность препятствует социальной эксклюзии, то есть низкому уровню жизни людей с инвалидностью.

Однако эффективная реализация задач адаптивного спорта возможна лишь при взаимодействии государственных и общественных структур, которые занимаются проблемами лиц с ограниченными возможностями здоровья.

§ 3. Психолого-педагогические проблемы включения людей с ограниченными возможностями здоровья в занятия адаптивным спортом

В научной теории инвалидность представляет собой состояние человека, характеризующееся постоянной или длительной, полной или частичной потерей трудоспособности. Выраженные нарушения функций не могут быть восстановлены под влиянием лечебных мероприятий и препятствуют выполнению работы по профессии (специальности). Эти нарушения нередко приводят к психическим расстройствам, связанным с ощущением неполноценности. Очень

сильное отрицательное воздействие оказывает инвалидность на психоэмоциональное состояние человека. Психологическая перестройка личности после травмы характеризуется наличием астено-невротического синдрома, выражающегося в раздражительности, вспыльчивости, быстрой истощаемости психических и физических процессов.

Психика инвалидов страдает от ограниченности информации, не поступающей в соответствующие отделы мозга от двигательного аппарата, и от невозможности выполнения ряда двигательных действий. Патологические процессы, развивающиеся в результате травмы, с одной стороны, разрушают целостность и естественность функционирования организма, а с другой — вызывают у инвалидов комплексы психической неполноценности, характеризующиеся тревогой, потерей уверенности в себе, пассивностью, изолированностью или, наоборот, эгоцентризмом, агрессивностью, а подчас и антисоциальными установками.

При подготовке спортсмена к соревнованиям необходимо соблюдать ряд условий: спортсмен должен иметь хорошую физическую и техническую подготовленность, а также быть готовым настойчиво и систематически укреплять свою психику.

К приемам, содействующим развитию психической устойчивости и самообладания, относят требование выполнять задание на оценку в присутствии посторонних наблюдателей; требование выполнять задание с самооценкой сразу после исполнения; выполнение задания на устойчивость в различных направлениях и точках зала; выполнение задания в соревновании между членами учебной группы; работа над заданием в условиях сбивающих факторов; выполнение задания в состоянии усталости.

Индивидуализация подготовки спортсменов к соревнованиям основывается прежде всего на особенностях их психических качеств в конкретных условиях предстоящих соревнований и направлена на формирование уверенности. Исследования установили, что многие спортсмены с ограниченными возможностями уже используют психологические навыки, хотя бы узнать больше о психологических приемах и методах для скорейшего достижения цели.

Важно помнить, что спортсмены с ограниченными возможностями в первую очередь именно спортсмены, люди, у которых, так же как и у других спортсменов, могут возникнуть какие-либо

проблемы как физические, так и психологические, рассмотрим некоторые из них. Одна из проблем — это навешивание ярлыков из-за инвалидности, а такие качества, как интеллект, социальная компетентность, чувство юмора, способности и другие остаются незамеченными в обществе. Люди склонны рассматривать инвалидность, ориентируясь на образы, представленные в средствах массовой информации.

В отличие от представленного негативного образа, образ спортсмена с ограниченными возможностями часто формируется позитивным. Для общества спортсмены с ограниченными возможностями часто являются героями, выполняя даже обычную деятельность, такую как поход в школу или на тренировку. Представление общества о том, что спортсмены с ограниченными возможностями являются героями, участвуя в соревнованиях и живя при этом обычной жизнью, также является стереотипом, к которому сами спортсмены относятся с непониманием. Спортсмены считают свои спортивные успехи обычными спортивными достижениями.

Р. Бергер предположил, что стереотип может быть одновременно ограничением возможностей и расширением прав для лиц с ограниченными возможностями здоровья. В одном из исследований спортсмен указал на то, что чувствовал, что люди относятся к нему двояко: как к беспомощному и как к герою [Berger].

Большинство спортсменов высокого класса не хотят быть сведены к стереотипному представлению о себе, они предпочитают быть признанными за свои спортивные достижения.

Так, можно сказать о том, что спортсмены с ограниченными возможностями здоровья занимаются спортом не для прославления себя, а для развития себя как личности и достижения спортивных результатов. Еще одна проблема, с которой сталкиваются спортсмены с ограниченными возможностями здоровья, — это классификация. Классификация спортсменов является неотъемлемой частью спортивной деятельности. Спортсмены-олимпийцы классифицируются по полу, иногда по весу, и большинство спортсменов знает свою классификационную группу, может предположить или контролировать результат. Спортсмены с ограниченными возможностями также классифицируются на основании их функциональных возможностей.

Спортсмены различных нозологий распределяются на соревновательные группы в соответствии с медицинскими (общими) и спортивно-функциональными классификациями.

Медицинская классификация позволяет определить диагноз и степень поражения организма, спортивно-функциональная — степень двигательной возможности для участия в соревнованиях по определенному виду спорта, причем двигательные возможности спортсменов учитываются независимо от их тренированности, а класс спортсмена подлежит постоянному пересмотру с учетом возможных функциональных изменений организма.

К медицинским (общим) классификационным группам относятся спортсмены с поражением зрения (3 класса); повреждениями спинного мозга (8 классов); ампутациями (9 классов); церебральным параличом (8 классов); прочими повреждениями опорно-двигательного аппарата (6 классов). Спортсмены, которые не имеют возможности ходить, объединяются в стартовые группы на колясках в соответствии с уровнем двигательных возможностей.

Спортивно-функциональные классификации направлены на обеспечение равных возможностей для достижения спортивных результатов. Например, в соревнованиях по легкой атлетике из спортсменов схожих функциональных возможностей формируются стартовые группы трековых (бег, гонка на колясках и т. д.) и полевых дисциплин (метания), обозначенные «Т» и «F» соответственно (от англ. Track & Field — «легкая атлетика»). В баскетболе на колясках двигательные возможности спортсмена оцениваются в 1–4,5 балла, а сумма баллов команды из пяти спортсменов не может превышать 14 баллов. В плавании спортсмены с травмами спинного мозга, детским церебральным параличом и ампутацией конечностей могут соревноваться в одной группе. Подобные классификационные нормы используются во всех видах спорта программы Паралимпийских игр. Процесс классификации может стать стрессовым.

Во-первых, сам процесс прохождения классификации — это стресс, независимо от результата.

Во-вторых, если спортсмена переводят в более сложный функциональный уровень, это значит, что он будет соревноваться со спортсменами, которые сильнее и подготовлены лучше, работают быстрее. Мысль о столкновении с более подготовленными

спортсменами часто вызывает тревожность и страх и сомнение в своих силах, что, соответственно, может сказаться на результатах соревнований.

Изменение классификационной категории на уровень ниже, чем была у спортсмена до этого, также не вызывает положительных эмоций перед соревнованиями.

Можно сделать вывод о том, что процедура классификации спортсменов с ограниченными возможностями здоровья также может стать целой психологической проблемой, над которой нужно работать. Спортивные психологи должны помогать спортсменам готовиться к процессу классификации — как к положительному ее исходу, так и к отрицательному.

Еще одной распространенной в адаптивном спорте проблемой является травма. Около 15 % спортсменов живут со своими недостатками с рождения и не знают жизни без инвалидности.

По сравнению со спортсменами-олимпийцами, спортсмены с ограниченными возможностями здоровья тратят больше времени на обучение и закрепление навыков. Состояние инвалидности, специфические спортивные стрессоры и использование каких-либо вспомогательных или поддерживающих средств (например, протезов, колясок) часто во взаимодействии приводят к увеличению вероятности травмы.

Например: спортсмены с односторонней ампутацией ноги часто получают травмы суставов целых конечностей по причине повышенной нагрузки на одну сторону. Травмы плеча — довольно распространенное явление среди спортсменов на колясках и часто происходят от колясок для тренировок и в повседневной жизни в сочетании с недостаточным отдыхом и временем восстановления.

Существует также риск теплового удара или истощения организма. Для спортсменов с ограниченными возможностями усталость, боли и дискомфорт — это неотъемлемые составляющие спортивной деятельности. Боль и усталость являются барьерами, ограничивают физическую активность, тем самым становятся очередной психологической проблемой спортсменов, с которой нужно уметь справляться.

Обучение в управлении болью, избеганием травм и перетренированности, продуктивная подготовка к соревнованиям может быть трудной для спортсменов с ограниченными возможностями.

Довольно сложно распознать боль из-за усталости и боль, которая может являться признаком серьезной травмы. Умение вовремя распознать и предотвратить травму может быть сложным не только для спортсменов, но и для тренеров [Berger].

Можно сделать вывод, что в адаптивном спорте у спортсменов существует довольно много психологических проблем, которые связаны как с их физическим состоянием, так и со спортивной деятельностью. Учитывая все трудности, можно повлиять на процесс включения людей с ограниченными возможностями здоровья в занятия спортом.

§ 4. Современные подходы к решению проблемы включения людей с ограниченными возможностями здоровья в занятия адаптивным спортом

Привлечение людей с ограниченными возможностями к регулярным занятиям адаптивным спортом становится все актуальней.

Исследования, проводимые в данной области, убедительно доказывают это.

Так, исследование А. Ластука, М. Коттингема, направленное на анализ роли адаптивного спорта в прогнозировании занятости людей с ограниченными физическими возможностями, выявило, что существует прямая взаимосвязь между количеством людей, занимающихся адаптивным спортом, и занятостью людей с ограниченными возможностями в трудовой деятельности [Lastuka, Cottingham]. А это значит, заключают авторы, что имеется значительная экономическая выгода от увеличения участия людей в адаптивном спорте, и, следовательно, данный факт может оправдать дополнительные средства для расширения адаптивных спортивных программ.

Увеличение количества исследований по проблемам адаптивного спорта, детского спорта для детей с ограниченными возможностями направлены на преодоление доминирующего в спортивной науке стереотипа, ориентированного только на здорового человека, в то время как людей с особенностями в физическом или интеллектуальном развитии спортивная наука не обращала, делая их прерогативой медицины, коррекционной педагогики и социальных наук.

В настоящее время ситуация быстро меняется. Это вызвано тем, что сегодня принято отделять медицинскую модель инвалидности (определять, диагностировать и пытаться лечить те или иные физические или психологические отклонения) от социальной модели.

Социальная модель ориентирована на то, что нарушения в здоровье не являются причиной инвалидности, а значит, и понятие «инвалидность» для людей с ограниченными возможностями здоровья не приемлемо.

Как отмечает профессор С. Дж. Ханрахан (Австралия), если люди исключены из физически активной игры или спортивных мероприятий из-за каких-либо нарушений, это может привести к восприятию ими себя как физически слабых и лишенных двигательных задатков и способностей, и, как следствие, к избеганию ими физической активности.

Целенаправленное включение данной группы людей в регулярную физическую активность, согласно С. Дж. Ханрахан, будет способствовать:

- более благоприятному развитию и приобретению ими нового опыта;
- пониманию преимуществ физической активности
- пересмотру своих физических возможностей
- расширению физических возможностей
- содействию постановке и достижению новых целей
- повышению социальной компетентности [Hanrahan].

Подобной точки зрения придерживаются и отечественные специалисты, считающие, что развитие адаптивного спорта обособно следующим:

- психологическое воздействие спортивных игр и соревнований облегчает компенсацию физических, психических, социальных изменений личности инвалида, нормализуя его социальную значимость, повышая психоэмоциональную стойкость в условиях стресса;
- дозированное использование повышенных физических нагрузок при занятиях спортом выявляет резервные возможности организма, ускоряя процессы адаптации;
- повышение коммуникативной активности, социальная поддержка в условиях соревнований имеет большое значение как

в семейно-бытовой сфере, так и в процессе подготовки к трудовой деятельности [Антонюк; Брискин, Евсеев, Передерий; Глоба; Демьянова; Жиленкова; Теория и организация...; Емельянов].

В то же время следует признать, что решение данной задачи на современном этапе вызывают значительные трудности.

Основными факторами, препятствующими включению людей с ограниченными возможностями здоровья в занятия адаптивным спортом, являются:

- негативные оценки физического развития детей с ограниченными возможностями по сравнению с трудоспособными;
- болезненная физиотерапии;
- исключение из общения с ровесниками в спортивных мероприятиях;
- издевки, придирки;
- не допуск в объединения фитнес-клубов;
- неприспособленное оборудование и пространство без условий для проживания и другое.

Все вышесказанное свидетельствует об актуальности разработки психологического тренинга по включению людей с ограниченными возможностями в занятия адаптивным спортом.

На значимость и разработку таких программ указывают и современные зарубежные исследователи.

С. Ф. Релло и И. Г. Пуэрта отмечают, что 19 исследований, найденных ими в электронных базах данных SportDiscus, PubMed, PsycInfo, были связаны с разработкой образовательных программ, направленных на повышение осведомленности детей школьного возраста, имеющих ограниченные физические возможности, в области их участия в занятиях физической культурой и спортом [Rello, Puerta].

Несмотря на разный контекст образовательных программ (реабилитационные, социальные или спортивные), а также разные формы и методы, используемые в ходе данных программ (84,2 % использовали физические упражнения как демонстрацию возможностей участия в занятиях спортом, 42,1 % использовали только информацию, 31,6 % — моделирование и 26,3 % — дискуссионные группы), результаты были получены положительные. Так, в 17 исследованиях отмечено повышение интереса и мотивации к занятиям адаптивным спортом, два не произвели изменений,

но негативного отношения к данным программам у школьников с ограниченными возможностями отмечено не было.

Объяснить эффективность данных программ можно тем, что для школьников, да и всех других групп людей с ограниченными возможностями здоровья включение в занятия спортом означает изменение отношения к себе, к своим «проблемам», к переоценке своих возможностей и жизненных перспектив.

§ 5. Программа психологического тренинга по включению людей с ограниченными возможностями здоровья в занятия адаптивным спортом

5.1. Цели, задачи и основные принципы организации тренинга

Цели тренинга

Ключевым теоретическим положением тренинга является новый взгляд на людей с ограниченными возможностями здоровья, ориентированный на преодоление стереотипов, связанных с низкой самооценкой их физических возможностей.

Главной целью тренинга является помощь людям с ограниченными возможностями здоровья преодолеть существующие стереотипы относительно их беспомощности, способствовать формированию у них реального образа спортсмена-паралимпийца, создать перспективы для развития у них положительной самооценки, связанной с постановкой новых целей, а также формированием готовности к самоопределению в сфере физической культуры и адаптивного спорта.

Задачи тренинга

1. Способствовать самообразованию и расширению представлений о развитии адаптивного спорта в регионе, России и мире.

Несмотря на доступность к средствам массовой информации, достаточно много людей с ограниченными возможностями здоровья не имеют объективной информации об адаптивном спорте, это характерно прежде всего для небольших городов и поселков. Некомпетентность родителей в восприятии адаптивного спорта, педагогов и социума, окружающих людей с ограниченными

возможностями здоровья, ведут к тому, что они стремятся оградить от травмирующих ситуаций, к которым относится также спорт и адаптивный спорт.

2. Способствовать формированию положительной мотивации к занятиям физической культурой и спортом.

Обсуждение мотивов занятий адаптивным и паралимпийский спортом людей разных возрастных и нозологических групп может содействовать преодолению неуверенности с себе, развитию представлений о мотивах занятий адаптивным спортом, преодолению социальных стереотипов, связанных со спортсменами занимающимися паралимпийскими вида спорта.

3. Способствовать самопринятию и уверенности в себе.

Люди с ограниченными возможностями часто чрезмерно самокритичным, поэтому психологический тренинг может помочь уменьшить их негативное представление о себе, повысить уверенность в своих способностях через умение поддерживать позитивные мысли во время возникающих проблем и трудностей.

4. Способствовать развитию психологических навыков, таких как способность к постановке новых целей и произвольной осознанной саморегуляции, развитие визуализации и регуляции своих психофизических состояний.

Основные принципы организации тренинга:

- принцип равенства всех участников тренинга;
- принцип открытости к общению и взаимодействию;
- принцип личностной заинтересованности и личного примера (если ведущий тренинга сам занимался адаптивным спортом, то это в большей степени будет способствовать преодолению стереотипов и барьеров в восприятии новой информации);
- принцип конфиденциальности;
- принцип добровольного участия в тренинге.

5.2. Этапы психологического тренинга

Психологический тренинг включает в себя четыре этапа.

1 этап. Диагностический.

Данный этап ориентирован на установление контакта и создание готовности к совместной работе всех участников тренинга.

В ходе 1-го этапа решалось две задачи:

1. Выявление личностного потенциала людей, занимающихся адаптивным спортом. Выбор диагностических методов был связан именно с теми качествами, которые, на наш взгляд, в большей степени обеспечивают внутренний потенциал людей с ограниченными возможностями. Это методика жизнестойкости личности С. Мадди, адаптированная Д. А. Леонтьевым.

Цель методики: изучение уровня жизнестойкости личности. Шкалы: Вовлеченность определяется как уверенность в том, что вовлеченность в происходящий процесс даст максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для личности.

Человек с развитым компонентом вовлеченности получает удовольствие от деятельности. В противоположность этому отсутствие вовлеченности в деятельность порождает чувство отверженности, ощущение себя «вне» жизни. Если вы чувствуете уверенность в себе и в том, что мир великодушен, вам присуща вовлеченность.

Контроль представляет убежденность человека в том, что борьба позволит повлиять на конечный результат происходящего, даже при условии того, что влияние не абсолютно и нет гарантии в успешном завершении деятельности.

Противоположный контролю вариант — ощущение собственной беспомощности. Человек с сильно развитым компонентом контроля ощущает, что сам влияет на собственную деятельность, сам выбирает свой путь.

Принятие риска — убежденность человека в том, что все то, что с ним происходит, способствует его развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта, — неважно, позитивного или негативного. Человек, который рассматривает различные жизненные ситуации как способ приобретения опыта, готов действовать даже при отсутствии гарантии на успешное завершение деятельности, он действует на свой страх и риск, считает, что комфортное существование обедняет личность. В основе принятия риска лежит идея развития личности через активное усвоение знаний из полученного опыта и использование этого опыта в дальнейшей жизни.

Методика включает в себя 45 вопросов с вариантами ответов на них: «нет», «скорее нет, чем да», «скорее да, чем нет», «да».

Проведенное нами исследование жизнестойкости спортсменов с ограниченными возможностями здоровья представлено в табл. 7.

Таблица 7

**Данные по компонентам жизнестойкости личности спортсменов
с ограниченными возможностями здоровья**

Показатель	Вовлеченность, %	Контроль, %	Принятие риска, %	Жизнестойкость, %
Высокий	13	0	7	53
Средний	67	93	46,5	27
Низкий	20	7	46,5	20

Исходя из результатов исследования, отображенных в табл. 7, можно сделать вывод о том, что у большинства спортсменов с ограниченными возможностями здоровья уровень вовлеченности в деятельность на среднем уровне. Это значит, что у них недостаточная уверенность в том, что у них есть шанс найти нечто стоящее и интересное в своей жизни.

Высокий уровень вовлеченности в деятельность — у 13 % испытуемых, это говорит о том, что люди данной группы получают удовольствие от собственной деятельности.

У 20 % спортсменов низкий уровень вовлеченности, это значит, что они ощущают себя «вне» жизни.

Таким образом, можно говорить, что люди, вовлеченные в занятия адаптивным спортом, в большей степени ориентированы на поиск и желание найти для себя смысл жизни и интерес к выполняемой деятельности.

Уровень контроля у большинства средний, у 7 % — низкий, показателей высокого уровня контроля не наблюдается. Контроль в данном случае является показателем убежденности в том, что борьба может повлиять на дальнейший результат деятельности. Люди с низким уровнем контроля не чувствуют в себе сил, чтобы влиять на ситуацию. В то время как люди со средним уровнем видят связь между собственными усилиями и результатами своей деятельности. Можно, правда, отметить, что отсутствие высоких значений говорит о тех реальных трудностях, которые им приходится преодолевать. Причем чаще всего это трудности вызваны социальными стереотипами и установками окружающего социума.

По шкале «принятие риска», которая отражает убежденность человека в том, что все, что с ним происходит, пойдет ему на пользу

и будет способствовать развитию его личности за счет знаний и опыта позитивного или негативного.

Так, можно заметить, что высокий уровень принятия риска отмечается у 7 % испытуемых, в равном соотношении показатели среднего и низкого уровней принятия риска — у 46,5 % испытуемых.

Данные результаты также свидетельствуют о том, что у 53,5 % спортсменов с ограниченными возможностями здоровья есть вера в развитие своих способностей.

Показатель жизнестойкости — это определенный показатель оптимальной работоспособности и активности в условиях стрессовых жизненных ситуаций.

Так, у 53 % испытуемых спортсменов этот показатель на высоком уровне, у 27 % — средний и у 20 % — низкий.

На наш взгляд, именно данный факт можно отметить как позитивный в силу того, что спортсмены с ограниченными возможностями имеют тот внутренний личностный потенциал, который помогает им адаптироваться в социуме.

2. Задача заключалась в изучении факторов, способствующих и препятствующих включению людей с ограниченными возможностями здоровья в занятия адаптивным спортом.

Для этого была разработана авторская анкета, заполняя которую инструкторы, тренеры и спортсмены по адаптивному спорту могли проанализировать свой личный опыт.

Выделенные спортсменами и инструкторами трудности можно разделить на педагогические — требования к организации занятий и методическое обеспечение, материальное обеспечение, и психологические трудности — мотивация к занятиям адаптивным спортом, способность к саморазвитию и совершенствованию.

Анкетирование инструкторов-методистов и тренеров по адаптивному спорту показало, что большая часть из них положительно относится к развитию адаптивного спорта в муниципальных образованиях, городах и области. При этом они выделяют ряд трудностей, которые негативно сказываются на развитии адаптивного спорта и привлечению лиц с ограниченными возможностями здоровья в спорт.

Более 70 % отметили на недостаточную поддержку и заинтересованность со стороны администрации и руководителей, на несоответствие материальной базы для развития адаптивного спорта.

Более 50 % указали на отсутствие помощи в работе со стороны других специалистов, и самым важным для них является медицинский контроль (знание диагнозов и классификаций групп спортсменов, показания и противопоказания к занятиям, проведения диспансеризации и допуска спортсменов с ограниченными возможностями здоровья к соревнованиям).

Около 30 % указали на отсутствие специальных знаний по методике адаптивной физической культуры и спорту, психологии лиц с ограниченными возможностями здоровья, небольшой опыт работы, недостаточное материальное стимулирование.

На вопрос о том, что могло бы способствовать преодолению трудностей в развитии адаптивной физической культуры и спорта, инструкторы ответили, что на первом месте должно быть соответствующее развитие материальной базы и спортивных объектов, проведение мастер-классов, семинаров и встреч со спортсменами и другими инструкторами. На втором месте — методическая поддержка и помощь специалистов, на третьем — проведение соревнований.

В процессе анкетирования было выявлено, что заниматься спортом 60 % спортсменов решили по собственному желанию; 20 % предложил тренер; 20 % посоветовали друзья либо лечащие врачи.

В спорте 40 % спортсменов ставят себе цель физического и духовного совершенствования и 40 % хотят участвовать в соревнованиях и побеждать.

Были выявлены также факторы, которые мотивируют спортсменов на занятия спортом: 54 % спортсменов отметили как мотивационные факторы интерес к занятиям физическими упражнениями, желание физического и духовного совершенствования себя, общение с друзьями по команде; 33 % спортсменов мечтают стать чемпионами в избранном виде спорта; 27 % отметили, что им помогает заниматься хорошие отношения с тренером.

На вопрос о спортивном будущем 34 % ответили, что они будут заниматься, повышать свои результаты и добиваться успеха; 34 % будут заниматься как можно дольше; 20 % будут стремиться стать чемпионами в избранном виде спорта.

Также спортсмены ответили на вопрос о том, хотели бы они получить дополнительную информацию, ответы распределились так: — о перспективах развития и истории хотели узнать 73 %;

- о видах спорта и их правилах — 54 %;
- узнать больше о жизни профессиональных спортсменов — 34 %;
- получить литературу — 20 %.

На вопрос о трудностях, которые возникают в процессе занятий, 40 % спортсменов ответили, что для них это финансовые сложности; 34 % не справляются с нагрузкой; 27 % хотели бы заниматься каким-либо другим видом спорта, но в силу некоторых причин не могут себе этого позволить (нет информации о видах спорта, в регионе проживания спортсмена вид спорта не развивается, а переехать нет возможности, не знают, можно ли им заниматься данным видом спорта); 20 % спортсменов отмечают, что они не понимают, для чего они занимаются спортом; у 20 % есть трудности в установлении хорошего контакта с тренером-инструктором; у 13 % возникают конфликты в команде.

На основании этого можно сделать вывод, что спортсмены с ограниченными возможностями здоровья проявляют инициативу в занятиях адаптивным спортом, хотят совершенствоваться физически и духовно, стремятся к общению, хотят добиться успеха и стать чемпионами, но при этом испытывают трудности финансового характера, сталкиваются с проблемами при обострении болезни, в установлении контактов с коллегами по команде и тренером, хотели бы заниматься другим видом спорта.

2 этап. Мотивационно-информационный

Задачи:

1. Создание представления об адаптивном спорте и людях, занимающихся данным видом деятельности.
2. Включение в анализ целей, задач, трудностей при занятиях адаптивным спортом.

Содержание:

1. Мини-лекция на тему «Адаптивный спорт: история развития, виды и современное состояние». В лекцию включен материал по истории возникновения и развития адаптивного спорта от самых его истоков, основатели трех основных направлений адаптивного спорта.

Лица с повреждениями опорно-двигательного аппарата стали привлекаться к занятиям спортом только после Второй мировой

войны. Спортивное движение инвалидов войны возникло в Англии (в Сток-Мандевильском госпитале). Основатель Л. Гуттманн.

Президент спортивного комитета глухих и основатель Сурдлимпийских игр Э. Рубен-Алке. Первые Олимпийские игры глухих были проведены в Париже с 10 по 17 августа 1924 года.

В 1963 году адаптивный спорт пополнился еще одним направлением — Играми Специальных олимпиад — Ю. Кеннеди-Шрайвер открыла в своем имении в Мэриленде летний лагерь для детей и взрослых с отклонениями в умственном развитии с целью изучения и развития их способностей в спорте и двигательной деятельности.

Раскрываются основные задачи и цели адаптивного спорта.

Целью адаптивного спорта является социализация инвалидов, удовлетворение их потребностей как членов общества в самоактуализации и реализации своих возможностей в условиях соревновательной деятельности.

Задачи адаптивного спорта:

- обеспечение гармоничного развития личности;
- укрепление здоровья;
- удовлетворение коммуникативных потребностей личности, повышение коммуникативной активности;
- коррекция двигательных, эмоциональных, социальных отклонений;
- выявление и стимулирование резервных возможностей организма;
- подготовка к профессиональной реабилитации;
- нормализация социального статуса;
- формирование мотивации и осознанного отношения к занятиям спортом.

Дается краткая характеристика каждого из трех основных направлений адаптивного спорта:

1) Общая характеристика паралимпийского спорта. Термин «паралимпийский» стал означать, что Игры для инвалидов проводятся параллельно с Олимпийскими. Название было закреплено в 1984 году [Курашвили].

В Паралимпийских играх участвуют спортсмены с повреждениями позвоночника и спинного мозга, ампутациями, церебральным параличом, нарушением зрения (до 2000 года), спортсмены

с нарушением интеллекта). Основной орган управления — Международный паралимпийский комитет.

2) Общая характеристика Сурдлимпийского спорта. 16 августа 1924 года представители спортивных федераций — участниц Игр создали Международный спортивный комитет глухих (CISS). В Играх принимают участие только спортсмены с поражением слуха.

У игр нет четких требований к программе Сурдлимпийских игр, процедуры допуска атлетов, требований к процедуре выбора городов-организаторов, церемонии открытия и закрытия соревнований.

Требования конкретизируются в общих технических правилах Сурдлимпийских летних игр, общих технических правилах Сурдлимпийских зимних игр и общих правилах Всемирных соревнований глухих.

3) Общая характеристика Специальных олимпиад. В Играх принимают участие спортсмены с поражением интеллекта. К соревнованиям привлекаются и дети, и родители. Специальные олимпиады открыты для спортсменов разного возраста (от 8 лет). Организаторы игр не фиксируют спортивные рекорды, потому что основная ценность Специальных олимпиад — человек, а не результат. Специальные олимпиады проводятся с целью реабилитации спортсменов-инвалидов и развития адаптационных возможностей, необходимых им для жизни.

Рассказывается о видах спорта, которыми могут заниматься спортсмены разных нозологических групп, основные требования к спортсменам и тренерам.

Виды спорта, содержание которых заключается в схватке друг с другом, вступают в противоречия с основными принципами Специальных олимпиад (например, бокс, различные виды спортивных единоборств, регби, американский футбол), не могут быть включены в какой-либо чемпионат, тренировочную или учебную программу Специальных олимпиад.

Разрешенные виды: плавание, прыжки в воду, легкая атлетика, баскетбол, боулинг, велоспорт, конный спорт, футбол, гольф, художественная и ритмическая гимнастика, пауэрлифтинг, роллер-скейтинг, софтбол, теннис, волейбол, настольный теннис. Зимние виды: лыжный спорт, фигурное катание, хоккей на полу, конькобежный спорт.

В заключение лекции был проведен анализ основных моментов, ответы на вопросы. Лекция представлена в форме презентации и сопровождалась фото- и видеоматериалом.

2. Анализ видеосюжетов

1) «Выступление спортсменов-паралимпийцев на Паралимпийских играх в Сочи».

Цель видеороликов — показать начинающим спортсменам с ограниченными возможностями здоровья на примере спортсменов-паралимпийцев, какие перспективы для физического и духовного саморазвития и самореализации в спорте есть у начинающих спортсменов. Сформировать и подкрепить положительную внутреннюю мотивацию к занятиям спортом. Показать пример преодоления физических и психологических трудностей для достижения цели. Также целью является общее ознакомление с различными видами спорта, которыми по показаниям могут заниматься большинство спортсменов с ограниченными возможностями здоровья.

2) «Игры раненых атлетов».

Цель: показать на примере спортсменов с различными физическими недостатками, которые участвуют в силовом марафоне, насколько возможно развить свои физические и духовные качества; как можно жить полноценной жизнью даже при тяжелых физических недостатках; как ставить перед собой цели и добиваться их; повышение благоприятного эмоционального фона, способствующего постановке новых целей в спортивной деятельности.

3) «Интервью со спортсменами и тренерами, включенными в адаптивный спорт».

Цель данного видеосюжета: для группы спортсменов это пример построения отношений и командной дружной работы спортсменов в коллективе, в котором занимаются спортсмены разного уровня, — как профессиональные спортсмены (чемпионы мира и Европы, участники Паралимпийских игр), так и начинающие, которые не достигли пока больших результатов.

Для инструкторов видео использовалось как пример продуктивной работы тренера и спортсмена, в совместной работе которых были преодолены психологические барьеры в установлении контакта друг с другом, в оценке личностных и профессиональных

качеств, которые становятся помехой в достижении спортивных результатов.

3 этап. Практический

Задачи:

1. Практическая работа по преодолению психологических трудностей, возникающих у инструкторов и людей, занимающихся адаптивным спортом.

2. Формирование целеполагания, умений осуществлять самоконтроль и самокоррекцию, оптимизировать самооценку как личностного ресурса достижения целей, через развитие рефлексии.

3. Активизация потребности в саморазвитии, формирование мотивации на процесс и результату деятельности, развитие потребности в познании себя и окружающей действительности.

Содержание:

1. Упражнение «Преимущества, возникающие у людей, включенных в адаптивный спорт».

Группе предлагается обсудить эти преимущества.

В качестве стимульного материала даются следующие высказывания:

- приобретение нового опыта;
- понимание преимуществ физической активности;
- переоценка своих физических возможностей;
- развитие физических возможностей;
- постановка и достижение новых целей;
- повышение социальной компетентности.

2. Упражнение «Ты можешь!»

Группе раздаются карандаши. Ставится задача — разбить карандаш. Предлагаются варианты решения данной задачи. Затем идет обсуждение, почему трудно решиться на выполнение задачи, которую ты никогда не совершал, акцент на наши «страхи» относительно своих возможностей.

Далее предлагается вариант решения данной задачи. И вся группа разбивает карандаши (секрет в том, что они не деревянные, а легко ломающиеся).

3. Упражнения «Внутренние ресурсы», «Мои достижения», «Наши ресурсы», «Учимся прогнозировать».

4 этап. Завершающий

Задачи:

1. Подведение итогов тренинга.
2. Получение отзывов о пользе и целесообразности тренинга.

Для анализа эффективности тренинговой работы участникам предлагалось ответить на несколько вопросов и оценить представленный материал.

На 1-й вопрос: «Считаете ли вы полезным для себя участие в семинаре и в частности знакомство с программой по ментальному тренингу?» — респонденты ответили «да» — 89 %, «в какой-то степени» — 11 %, отрицательные ответы отсутствуют.

На 2-й вопрос: «Считаете ли вы, что получили новые знания и полезные навыки в ходе ментального тренинга?» — респонденты ответили да — 100 %.

На 3-й вопрос: «Считаете ли вы, что о занятия способствуют лучшему пониманию своих возможностей?» — респонденты ответили да — 93 %, в какой-то степени — 7 %.

На 4-й вопрос: «Считаете ли вы что Вам необходимо продолжать развивать свои ментальные способности?» — все респонденты ответили «да».

На 5-й вопрос: «Хотели бы Вы получать больше знаний по психологическому сопровождению адаптивного спорта» — все респонденты ответили «да».

Таким образом, можно утверждать, что цель тренинга была достигнута. Все участники тренинга получили важную для себя информацию и позитивный личностный опыт.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Раскройте основные события, способствующие развитию адаптивного спорта в России.
2. Перечислите факторы, способствующие развитию адаптивного спорта в России.
3. Обоснуйте на примерах влияние занятий адаптивного спорта на развитие личности людей с ограниченными возможностями здоровья.

4. В чем заключаются психолого-педагогические проблемы включения людей с ограниченными возможностями здоровья в занятия адаптивным спортом?

5. Сформулируйте главную идею современного подхода к решению проблемы включения людей с ограниченными возможностями здоровья в занятия адаптивным спортом.

6. Сформулируйте основные положения и раскройте содержание основных этапов психологического тренинга по включению людей с ограниченными возможностями здоровья в занятия адаптивным спортом.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЕ ССЫЛКИ

Антониук С. Д. Адаптивное физическое воспитание и адаптивный спорт в системе дополнительного образования в коррекционных школах-интернатах // Проблемы развития физической культуры и спорта в странах Балтийского региона : сб. ст. Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием (17–19 марта 2009 г.). Великие Луки : ВЛГАФК, 2009. С. 141–146.

Брискин Ю. А., Евсеев С. П., Передерий А. В. Адаптивный спорт. М. : Сов. спорт, 2010. 316 с.

Глоба А. П. Психологические и педагогические аспекты соревновательной деятельности инвалидов с нарушением функций спинного мозга // Тез. докл. I Всесоюз. науч. конф. «Физическая культура и спорт инвалидов». Одесса, 1989. Вып. 1. С. 17–19.

Григоренко В. Г., Сермеев Б. В. Теория и методика физического социально-педагогического воспитания инвалидов: монография : в 2 ч. Одесса : Изд-во Южноукр. гос. пед ин-та им. К. Д. Ушинского, 1992.

Демьянова А. В. Социальная политика в сфере защиты прав инвалидов в России : препринт WP3/2015/09. М. : Изд. дом Высш. школы экономики, 2015. 50 с. (Серия «Проблемы рынка труда»).

Емельянов Е. И. Государственная политика регулирования и нормативно-правового обеспечения в сфере физической культуры и спорта жителей Башкортостана с ограниченными возможностями // Адаптивная физ. культура. 2007. № 3 (31). С. 23–25.

Жиленкова В. П. Адаптивный спорт для лиц с поражением опорно-двигательного аппарата : дис. ... канд. пед. наук. СПб., 2002. 233 с.

Курашвили В. А. Этимология названия и Паралимпийское движение // Вестн. спорт. инноваций. 2012. № 42. С. 9.

Никифорова О. Н., Никифоров Д. Е. Перспектива развития адаптивного спорта в современной России // Соц. педагогика, психология и биология. 2011. № 8. С. 215–218.

Постановление Правительства РФ от 11 января 2006 года № 7 «О Федеральной целевой программе “Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации на 2006–2015 годы”» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.minsport.gov.ru/documents/ministry-orders/565/>

Распоряжение Правительства РФ от 8 августа 2009 г. № 1101-р «Стратегия развития физической культуры и спорта на период до 2020 года» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.minsport.gov.ru/documents/orders/1830/>

Скребицкий А. И. Воспитание и образование слепых, и их призрение на западе. СПб. : Типография М. М. Стасюлевича, 1903. 138 с.

Теория и организация адаптивной физической культуры : учебник : в 2 т. Т. 1 : История, организация и общая характеристика адаптивной физической культуры / под общ. ред. С. П. Евсеева. М. : Сов. спорт, 2005. 296 с.

Berger R. J. Disability and the dedicated wheelchairathlete: Beyond the «Supercrip» critique // *J. of Contemporary Ethnography*. 2008. № 37. P. 647–678.

Hanrahan S. J. Athletes with Disabilities // *Handbook of sport psychology*. IL: Human Kinetics. 2007. P. 845–858.

Martin J. J. Athletes with physical disabilities // *Routledge Handbook of Applied Sport Psychology*. 2010. P. 432–441.

Lastuka A., Cottingham M. The effect of adaptive sports on employment among people with disabilities // *Disability and rehabilitation*. 2016. Vol. 38, № 8. P. 742–748.

Rello C. F., Puerta I. G. Review of programs aimed at awareness of disability through physical activity and sport in school-aged children // *Cultura ciencia y deporte*. 2014. Vol. 9, № 27. P. 199–210.

Инструкция № 1. Мытье рук

1. Включи свет
2. Открой дверь
3. Зайди в ванную, подойди к раковине
4. Держась руками за раковину, встань сначала на одну ногу, потом на другую. На раковине не виси. **Встаньте за ребенком, но так, чтобы он «не лежал» на вас***
5. Включи воду
6. Смочи руки
7. Попроси мыло. **Дайте каплю мыла на руку ребенку**
8. Потри руки с мылом со всех сторон — «белые рукавички»
9. Смой мыло с рук со всех сторон
10. Помой рукой лицо: губы, нос, подбородок, щеки. **Показываете в зеркале рукой, как надо мыть**
11. Все? — Выключи воду
12. Попроси полотенце. **Дайте полотенце. Вытрите руки и лицо**
13. Дай руку. Держи ее сильно
14. Выходи из ванной за одну руку
15. Выключи свет
16. Закрой дверь

Инструкция № 2. Подъем по лестнице

1. Правая и левая руки держатся за колонны
2. Правая нога, левая нога
3. Правая рука, левая рука (**левая перехватывается за следующую**)
4. Правая нога, левая нога
5. Правая рука, левая рука
6. **Когда дошли до конца**, правая рука перехватывается за колонну, левая рука опускается вниз на пол
7. Правая рука на пол. **Страховать, но не держать ребенка**
8. Встань на колени. **Стойте позади него**
9. Сядь. Повернись ко мне

* Полу жирным шрифтом выделены инструкции для выполнения родителями.

Инструкция № 3. Спуск по лестнице

1. Спусти ноги вниз. Держись руками за ступеньку
2. Ноги
3. Сядь
4. Руки. **Повторять последовательность 2, 3, 4, пока ребенок не будет сидеть на последней ступеньке, ноги на полу**
5. Колени согни
6. Руки поставь вперед
7. Встань на колени

Инструкция № 4. Сесть за стол

1. Отодвинь стул
2. Подойди к столу
3. Держась за стол, поставь одну ногу, затем вторую. Встань. **Стойте за ребенком, но не держите его**
4. Иди боком до стула
5. Посмотри на стул
6. Сядь на стул
7. Пододвинь стол к себе

Инструкция № 5. Выйти из-за стола

1. Отодвинь стол
2. Повернись на стуле
3. Опустит руки на пол
4. Встань на колени
5. Пододвинь стул к столу

Инструкция № 6. Туалет

Перед унитазом стоит подставка. Поручень опущен. На унитазе — детское сидение

1. Встань лицом к унитазу
2. Руками держись за поручни
3. Поднимись на ступеньку
4. Левую руку переложит на другой поручень. **Покажите на правый поручень**
5. Повернись
6. Правую руку переложит на другой поручень. **Покажите на левый поручень**
7. Встань спиной к унитазу

8. Опустите одежду

9. Садись

10. Не страхуйте ребенка. Он сидит сам. Он может не держаться за поручни, положить руки на колени, например. Но не держите ни за руку, ни за ногу

11. Держись руками за поручни, ноги стоят на ступеньке. Придерживаете своей ногой ступеньку, чтобы она «не уехала» вперед

12. Вставай

13. Надевай одежду

14. Правую руку переложил на другой поручень. Покажите на правый поручень

15. Повернись

16. Левую руку переложил на другой поручень. Покажите на левый поручень

17. Встань лицом к унитазу

18. Одной рукой держись за поручень. Смой воду. Помогите нажать — ребенку пока не хватает сил

19. Держись руками за поручни, спускайся со ступени назад.

20. Левую руку переложил на другой поручень. Покажите на правый поручень

21. Держись руками за раковину

22. Иди мыть руки

Учебное издание

Штоколок Василий Сергеевич
Дубровина Нина Александровна
Рогалева Людмила Николаевна
Гилязетдинова Екатерина Маратовна

ОРГАНИЗАЦИЯ
ФИЗКУЛЬТУРНО-МАССОВОЙ РАБОТЫ
С ЛЮДЬМИ, ИМЕЮЩИМИ ПОРАЖЕНИЯ
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Учебно-методическое пособие

Зав. редакцией
Редактор
Корректор
Оригинал-макет

М. А. Овечкина
Е. Е. Крамаревская
Е. Е. Крамаревская
Л. А. Хухаревой

План выпуска 2017 г. Подписано в печать 28.04.17.
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная. Гарнитура Times.
Уч.-изд. л. 6,8. Усл. печ. л. 7,2. Тираж 50 экз. Заказ 99.
Издательство Уральского университета
620000, г.Екатеринбург, ул. Тургенева, 4.

Отпечатано в Издательско-полиграфическом центре УрФУ
620075, Екатеринбург, ул. Тургенева, 4.
Тел.: + (343) 350-56-64, 350-90-13
Факс: +7 (343) 358-93-06
E-mail: press-urfu@mail.ru

